

DRAUDIMAS

Darius Andriukaitis
Reda Vaitkunskienė



13165 1356 98 4168

1650 651289 2884 77 097 516

61123165 1356 98 4

10 0256 156 65 5601 125 149 1235 489 98789 565

3 45129 000 235 666 01594 68 151 119000 1560 650 6

5165 5601

125 149 1235 489 98789

5653 45129 000 2

10 0256 156 264321 258 5601 1645

0256 156354 5165 5601 1645

1256 156 5165 5601 125 149 1235 489 98789 5653 45129 000 235 666 01594 68 151 119000 1560 650 651289 2884 77 097 516 61

10 0256 156 51

5601 125 149 1235

489 98789 5653 45129 000

235 666 01594 68

151 119000 1560 650

651289 2884

357 253

0256 156 5165 5601 125 149 1235 489 98789 5653 45129 000 235 666 01594 68 151 11645

1156 5165 5601 125 149 1235 489 98789 5653 45129 000 235 666 01594 68 151 119000 1560 650 6

51289 2884 77 097 516 61123165 1356 98

1156 5165 5601 125 149 12

35 489 98789 5653 45129

000 235 666 01594 68 151 119 16 61123165 1356 98

4168 161 11645

357 253 0256 156 5165 5601 125 149 1235 489 98789 5653 45129 000 235 666 01594 68 151 119000

4.

4. Draudimas

Darius Andriukaitis, Reda Vaitkunskienė

4.1. Draudimo samprata ir draudimo veikla

Darius Andriukaitis

4.1.1. Draudimo samprata

Kiekvienas žmogus ar organizacija kasdien gali susidurti su nelaimė ar nesėkme – eismo įvykio metu sugadinamas automobilis ar sužalojamas žmogus, darbo vietoje gaunama trauma, per gaisrą sudega namas, krovinyms nepristatomas laiku, skolininkas atsisako grąžinti skolą (skolininkas dingsta) ir t. t. Tačiau daugumos nelaimių nuspėti neįmanoma, jų atsitikimas yra tik tikėtinas, numanomas, neapibrėžtas. Taigi egzistuoja nelaimės atsitikimo rizika. Vienokią riziką galime toleruoti, tačiau kitokios mielai išvengtume. Su nepriimtina rizika gali būti kovojama eliminuojant rizikos šaltinį (kad automobilis nebūtų pavogtas, galima jo neįsigyti), tobulinant būdus ir priemones (kad automobilis nebūtų pavogtas, galima naudotis moderniausiomis apsaugos priemonėmis, sudėtingomis variklio užvedimo sistemomis ir t. t.), pasiruošiant rezervą galimiems nuostoliams kompensuoti (žinant, kad yra tikimybė, jog automobilis bus pavogtas, pasidėti automobilio vertės pinigų sumą į sąskaitą, kuri būtų skirta naujo automobilio įsigijimui, jei ankstesnis būtų pavogtas). Tačiau ne visais atvejais šie apsisaugojimo būdai mums gali būti priimtini ir patogūs. Vienas iš rizikos (o konkrečiau jos padarinių – nuostolių) valdymo būdų yra nuostolio rizikos perkėlimas ant kito pečių – draudimas.

Draudimo veikimo principas paremtas rizikos išskaidymu. Grupė asmenų (narių) sunėša tam tikrus piniginius įnašus į tam tikrą fondą¹, iš kurio vėliau nelaimės atveju bet kuriam iš jų kompensuojami jo patirti praradimai. Kadangi šiame fonde dalyvauja daug asmenų, o, kaip minėta, nelaimės atsitikimas yra tik tikėtinas (vadinasi, kompensacijos išmokėjimas ir atitinkamas fondo sumažėjimas irgi yra tik tikėtini), fondo dalyviai, užsitikrindami galimybę gauti kompensaciją nelaimės atveju, gali sunėšti vienam asmeniui santykinai nedidelius įnašus, tačiau bendrai sukaupti gana didelį piniginių lėšų rezervą. Kiekvieno draudimo fondo dalyvio rizika patirti nuostolius išskaidoma tarp visų fondo dalyvių, gerokai sumažinant bet kurio dalyvio galimus nuostolius atsitikus nesėkmei. Akivaizdus draudimo, kaip neigiamų rizikos padarinių valdymo įrankio, privalumas – už santykinai nedidelį įnašą asmuo gauna žymiai didesnę kompensaciją. Taigi asmeniui, siekiant užsitikrinti ramesnę ateitį galimų nesėkmių atvejais, pakanka gerokai mažesnės pinigų sumos, negu jam nusprendus vienam pakelti galimas nesėkmes ar jų padarinius.

Tačiau reikėtų nepamiršti ir kito būtino minėto draudimo elemento – neapibrėžtumo. Tai reiškia ne tik nelaimės atsitikimą, bet ir situaciją, kai nelaimės neįvyksta. Šiuo atveju į draudimo fondą sumokėtas įnašas (draudimo įmoka) negrąžta. Vadinasi, draudimo įmoka yra savotiškas mokestis už garantiją, kad nelaimės atveju apdraustajam bus suteikta finansinė kompensacija (draudimo išmoka). Panašiai kaip turto saugojimo atveju – jei turto saugojimo metu turtas nepavagiamas, tai turto savininkas nereikalauja iš turto saugotojo grąžinti turto saugojimo mokestį. Tik draudimo įmokos atveju yra šiek tiek sudėtingiau, nes pagrindinė įmokos dalis skiriama minėtam fondui, iš kurio vėliau bus mokamos draudimo išmokos visiems fondo dalyviams. Taigi iš draudimo įmokų draudimo įmonė formuoja rezervą (techninius atidėjinius) galimoms draudimo išmokoms mokėti, be to, kompensuoja sutarties sudarymo ir vykdymo išlaidas (komisiniai atlyginimai draudimo tarpininkams, atlyginimai darbuotojams, biuro išlaikymas ir kt.) ir dalį skiria pelnui (komercinis subjektas).

¹ Sąvoka „fondas“ šioje dalyje vartojama bendrąja reikšme, o kitose dalyse gali turėti specifinę reikšmę.

Beje, reikėtų paminėti, kad plėtojantis draudimui, ir ypač gyvybės draudimui, draudimo paslauga tapo kompleksiškesnė, sudėtinė, todėl dažnai šiuolaikinė gyvybės draudimo sutartis apima ne tik draudimo nuo tam tikros rizikos elementą, bet ir tam tikrą lėšų kaupimo ar investavimo paslaugą. Dalis draudimo įmokos yra skiriama apdraudžiamai rizikai padengti ir rezervui formuoti, o kita dalis kaupiama ar investuojama (priklauso nuo draudimo sutarties pobūdžio), todėl pasibaigus draudimo sutarčiai, net jeigu jokių įvykių nebuvo, draudėjas gauna sukauptą ar uždirbtą pinigų sumą.

Vertėtų žinoti, kad ne visos rizikos gali būti apdraustos. Kaip minėta, rizika turi būti tikėtina ir reali, tačiau neapibrėžta laiko ir erdvės atžvilgiu (antraip draudimo įmonė bus pasmerkta bankrotuoti (neišgalės atlyginti visų nuostolių) arba privalės paprašyti tokio dydžio draudimo įmokos, kuri nebus patraukli vartotojui). Tačiau draudžiama rizika turi gana dažnai pasitaikyti (pakankamai didelis vienerūšių atvejų skaičius), kad draudimo įmonė galėtų kuo tiksliau apskaičiuoti draudžiamą įvykių tikimybę ir pasiūlyti draudėjui kuo mažesnę kainą (kuo statistiniai duomenys netikslesni, tuo didesnė rizika dėl galimo draudimo išmokos išmokėjimo tenka draudimo įmonei, tuo didesnę pinigų sumą galimiems išmokėjimams draudimo įmonė priversta rezervuoti, tuo didesnę draudimo įmoką ji priversta siūlyti draudėjui). Su rizikos dažnumu susijęs draudimo rizikos paplitimas – kuo labiau paplitusi rizika, tuo daugiau draudėjų, tuo didesnę rezervą galima sukaupti, pasiūlyti mažesnę draudimo įmoką. Be to, draudimo įmonės gali apdrausti tik tokią riziką, kuri gali būti objektyviai įvertinama pinigais (finansinė rizika). Jei nuostolių dydis tiesiogiai priklauso nuo apdraustojo vidinio santykio su prarastu turtu (pvz., šeimos relikvija, asmeninės simpatijos, emocijos), draudimas gali būti neįmanomas arba galimas žalos dydis ar jo apskaičiavimo tvarka turi būti objektyviais kriterijais aiškiai nurodyti draudimo sutartyje. Draudimo įmonė negali apdrausti intereso, prieštaraujančio privalomiems (imperatyviems) teisės aktų reikalavimams ar viešajai tvarkai. Priešingu atveju būtų neužtikrinamas privalomų teisės normų laikymasis, nes potencialus jų pažeidėjas turėtų draudimo užnugarį ir nesistengtų jų laikytis ar net sąmoningai jas pažeidinėti. Su tuo susijęs vienas svarbiausių draudimo sutartinių elementų – draudimo intereso buvimas, kurio labai paprastas paaiškinimas reikštų, kad galima apdrausti tik tai, kas yra tavo. Vadinasi, iš draudimo negalima gauti naudos sau dėl svetimos nelaimės, pvz., negalima savo naudai apdrausti kaimyno namo nuo gaisro, negalima savo naudai apdrausti kito asmens gyvybės (su tam tikromis išimtimis) ir t. t. Šio ribojimo tikslas yra išvengti galimų piktnaudžiavimų, pasikėsinimų į turtą ar gyvybę.

Labai svarbu draudimo apsaugos apimtis, t. y. draudiko prisiimamos draudimo rizikos ribos. Kadangi kiekviena situacija gali turėti daugybę variantų, draudikas prisiimdamas draudėjo riziką, o draudėjas ją perduodamas turi būti tikri, kada ir dėl kokių padarinių bus mokama draudimo išmoka. Tiksliai prisiimamos draudimo rizikos apimtis nurodomas draudimo sutartyje – draudimo taisyklėse, tačiau tam tikri elementai gali būti detalizuoti draudimo liudijime (polise) ir draudėjo prašyme sudaryti draudimo sutartį (jei jis buvo pildomas). Paprastai draudimo apimtis nustatoma draudžiamųjų ir nedraudžiamųjų įvykių sąrašais. Taip pat nustatomos sąlygos, kurių nesilaikant draudikas gali atsisakyti mokėti draudimo išmoką (pvz., atitinkamų apsaugos reikalavimų nesilaikymas, tyčinis ar didelis draudėjo veiksmų neatsargumas ir kt.). Tai reikalinga, kad draudikas galėtų kuo tiksliau numatyti galimus draudimo išmokų išmokėjimus (sumas ir dažnumą), o draudėjas kuo tiksliau galėtų žinoti, kokiais atvejais jis gaus kompensaciją, o kokiais atvejais jam teks pasirūpinti pačiam.

Reikia neužmiršti, kad pagrindinė draudimo paskirtis – kompensuoti nuostolius. Vadinasi, įvykus draudžiamajam įvykiui, asmuo turi gauti tokio dydžio draudimo išmoką, kuri leistų atkurti situaciją, buvusią prieš įvykį (pvz., jei eismo įvykiu metu sugadinamas automobilis, draudimo išmoka turėtų kompensuoti išlaidas, kurias automobilio savininkas patyrė ar gali patirti dėl šio įvykio: remonto išlaidas, transportavimo išlaidas, saugojimo išlaidas ir pan.). Be abejo, ne visais atvejais įmanoma patirtą žalą objektyviai įvertinti pinigais (žmogaus mirtis, sužalojimas). Tokiais atvejais draudimo sutartyje draudikas su draudėju susitaria, kiek ir koku atveju bus išmokama.

Viena iš draudimo paskirčių – kompensacinė, todėl reikia turėti omenyje sukčiavimą ir jo daromą žalą. Kadangi draudimo paslauga skirta tik neigiamų finansinių padarinių likvidavimui ir tik tokių padarinių, dėl kurių draudikas su draudėju susitarė draudimo sutartyje, draudėjo reikalavimas išmokėti draudimo išmoką tada, kai pagal draudimo sutartį ji jam nepriklauso (nedraudžiamasis įvykis, tyčia sukeltas draudžiamasis įvykis ar nepagrįstas nuostolio padidinimas draudžiamojo įvykio atveju), daro žalą ne tiek konkrečiam draudikui, kiek visiems to draudiko (o kartais ir likusios draudimo rinkos dalies) draudėjams. Šitaip atsitinka dėl minėto draudimui būdingo rizikos išskaidymo principo – kiekvienas draudimo išmokos išmokėjimas (net ir tas, kuris atliktas dėl sukčiavimo) yra perkeliamas ant visų konkrečios draudimo fondo dalyvių pečių. Kiekvienai draudimo išmokai draudikas skiria atitinkamą dalį surinktų draudimo įmokų, todėl kuo daugiau išmokų išmokama, tuo daugiau įmokų draudikas priverstas surinkti. Taigi dėl nesąžiningų draudėjų veiksmų kiti draudėjai priversti mokėti didesnes draudimo įmokas, kompensuodami nesąžiningiems draudėjams išmokėtas draudimo išmokas. Taip pat vertėtų priminti, kad siekimas nesąžiningu keliu gauti draudimo išmoką yra baudžiamųjų įstatymų draudžiama ir baudžiama veika.

Vadinasi, galima daryti išvadą, kad draudimas yra paslauga, kai draudikas (draudimo įmonė) už draudimo įmoką įsipareigoja draudžiamojo įvykio atveju išmokėti draudimo išmoką, skirtą patir- tiems nuostoliams kompensuoti.

4.1.2. Draudimo veikla

Draudimo veikla yra licencijuojama ir jai yra taikomi gana aukšti finansiniai, organizaciniai, valdy- mo ir kiti veiklos reikalavimai. Lietuvoje draudimu gali užsiimti draudimo įmonės, kurios šią veiklą gali pradėti tik gavusios Lietuvos Respublikos draudimo priežiūros komisijos (toliau – DPK) išduotą licenciją.

Juridinis asmuo, siekiantis gauti draudimo veiklos licenciją, privalo būti atitinkamos juridinės formos (akcinė bendrovė, uždaroji akcinė bendrovė ar Europos bendrovė), turėti ne mažesnę nei 1 mln. Lt įstatinį kapitalą, visiškai apmokėtą pinigais, nepriekaištingos reputacijos akcininkus (steigėjus), kva- lifikuotus, patyrusius ir nepriekaištingos reputacijos priežiūros, valdymo organus ir atitikti kitus įsta- tymų reikalavimus.

Draudimo įmonė savo veiklos metu privalo sudaryti pakankamus draudimo techninius atidėjinius, kurie visą laiką privalo būti padengti saugiu, likvidžiu, teisės aktuose nustatytu turtu. Techniniai atidėjiniai – tai draudiko įsipareigojimų, kylančių iš draudimo sutarčių, išraiška skaičiais, t. y. tikėtinų ir / ar realiai išmokėtinų draudimo išmokų, grąžintinų draudimo įmokų ir kitų mokėjimų, susijusių su draudimo sutartimis, suma. Taip pat draudimo įmonė turi tenkinti mokumo atsargos ir garan- tinio fondo reikalavimus (minimalus garantinis fondas priklauso nuo veiklos rūšies ir yra nuo 2 iki 3 mln. Lt; šis dydis periodiškai indeksuojamas).

Draudimo įmonė, vykdydama draudimo veiklą, negali užsiimti jokia kita veikla, išskyrus su draudi- mu susijusia: perdraudimą, draudžiamųjų įvykių administravimą, draudimo tarpininkavimą, konsul- tavimą draudimo klausimais ir pan.

Lietuvoje įsteigta draudimo įmonė negali vykdyti gyvybės draudimo ir ne gyvybės draudimo vei- klos vienu metu. Tačiau gyvybės draudimo įmonei leidžiama užsiimti giminingais gyvybės draudi- mu draudimu nuo nelaimingų atsitikimų ir draudimu ligos atvejui, kurie pagal Draudimo įstatymą priklauso ne gyvybės draudimo šakai.

Lietuvos draudimo įmonių finansinę ir veiklos priežiūrą atlieka DPK. DPK priežiūra pasireiškia ku- riant atitinkamus poįstatyminius teisės aktus, reglamentuojančius draudimo veiklą, taip pat išduo- dant ir naikinant veiklos licencijas ir leidimus, stebint, analizuojant, tikrinant ir kitaip prižiūrint, kaip draudimo įmonės vykdo savo veiklą ir laikosi teisės aktų reikalavimų, taikant poveikio priemones už

draudimo veiklą reglamentuojančių teisės aktų pažeidimus ir vykdant kitas įstatymais nustatytas funkcijas.

Lietuvoje draudimo veikla gali užsiimti tiek Lietuvoje įsteigtos draudimo įmonės, tiek neįsisteigusios kitų Europos Sąjungos valstybių narių draudimo įmonės, šių įmonių filialai Lietuvoje, kitų ne Europos Sąjungos valstybių narių draudimo įmonių filialai Lietuvoje. Draudimo veiklos vykdymas neįsisteigus Lietuvoje (vadinamoji teisė teikti paslaugas) yra bendroje Europos Sąjungos vidaus rinkoje viena iš veiklos formų, kuri skirta tik laikino pobūdžio veiklos vykdymui kitoje Europos Sąjungos valstybės narės teritorijoje. Ši veikla pradedama vykdyti atlikus atitinkamas notifikavimo procedūras tarp dviejų Europos Sąjungos valstybių narių kompetentingų institucijų. Draudimo veiklos vykdymas neįsisteigus Lietuvoje nesuteikia teisės tokiai draudimo įmonei paskirti Lietuvoje sau pavaldų atstovą, kuris nuolat ar ilgai veiktų Lietuvoje ir turėtų įgaliojimus atstovaujamos įmonės vardu sudaryti draudimo sutartis ar prisiimti kitas teises ir pareigas, susijusias su draudimo sutartimis.

Kita veiklos forma, susijusi su galimybe kitos Europos Sąjungos valstybės narės draudimo įmonei veikti Lietuvoje, yra draudimo veiklos vykdymas per Lietuvoje įsteigtą filialą (vadinamoji steigimosi teisė). Šiuo atveju draudimo įmonės veikla Lietuvoje yra nuolatinio pobūdžio, vykdoma turint Lietuvoje filialą (atstovybę ar biurą), turintį teisę įmonės vardu sudarinėti draudimo sutartis ir prisiimti kitas teises ir pareigas, susijusias su draudimo sutartimis, administruoti draudžiamuosius įvykius, mokėti draudimo išmokas ir vykdyti kitą su draudimu susijusią veiklą.

Šių Europos Sąjungos valstybių narių draudimo įmonių veiklos (tiek per filialą, tiek ir jo neįsisteigus) finansinę priežiūrą vykdo jų buveinės vietos draudimo rinką prižiūrinti institucija (ne DPK). DPK savo ruožtu vykdo tik dalinę šių įmonių veiklos Lietuvoje priežiūrą: vertina jų veiklos atitiktį Lietuvos imperatyvias teisės normas (draudimo sutarčių sudarymas, informacijos draudėjams teikimas, vartotojų teisės ir kt.), turi galimybę nagrinėti ginčus, kylančius iš šių draudimo įmonių sudarytų draudimo sutarčių, jeigu sutartims taikoma Lietuvos teisė, ir vykdo kitas priežiūros funkcijas.

Kiekvienas vartotojas, ketindamas sudaryti draudimo sutartį ar jos vykdymo metu, turi galimybę susipažinti su asmenų, turinčių teisę užsiimti draudimo, perdraudimo veikla ir draudimo, perdraudimo tarpininkavimo veikla Lietuvoje, sąrašų DPK interneto puslapyje.

4.2. Gyvybės draudimas

Reda Vaitkunskienė

4.2.1. Gyvybės draudimo klasifikacija

Viena iš draudimo šakų yra gyvybės draudimas. Pagal Lietuvos Respublikos draudimo įstatymą (toliau – Draudimo įstatymas) gyvybės draudimas – turtinių interesų, susijusių su fizinio asmens gyvybe ir (ar) kapitalo kaupimu, draudimas, kai dėl draudžiamųjų įvykių – apdraustojo mirties, draudimo sutartyje nustatyto termino pasibaigimo ar kitokio draudiminio įvykio – mokamos vienkartinės arba periodinės draudimo išmokos.

Gyvybės draudimo šakas sudaro šios grupės:

1. Gyvybės draudimas, kiek nenumatyta 2–5 punktuose, apima šias draudimo rūšis:
 - gyvybės draudimą, kai draudimo išmoka mokama tik sulaukus nustatyto amžiaus, tik mirties atveju, tik sulaukus nustatyto amžiaus arba mirties atveju, nesulaukus nustatyto amžiaus;
 - anuitetą, kai numatomos periodinės draudimo išmokos pradedamos mokėti įsigaliojus draudimo sutarčiai arba sulaukus nustatyto amžiaus, arba įvykus kitam numatytam įvy-

- kiui. Anuiteto mokėjimo pabaigos terminas turi priklausyti nuo asmens, gaunančio anuitetą, ar kelių asmenų, gaunančių anuitetą, gyvenimo trukmės;
- draudimo sutartyje numatytą papildantį draudimą dėl žalos asmeniui, kuris taip pat apima apdraustojų darbingumo netekimą, draudimą mirties dėl nelaimingo atsitikimo atveju, draudimą invalidumo dėl nelaimingo atsitikimo ar ligos atveju. Šiame papunktyje numatytos draudimo rūšys draudimo sutartyje gali būti numatytos tik kaip papildančios pagrindinę draudimo riziką.
2. Sutuoktusių ir gimimų draudimo grupė apima gyvybės draudimo rūšis, kai draudimo išmoka mokama sutuoktusių ar vaiko gimimo atvejais.
 3. Gyvybės draudimo, susijusio su investiciniais fondais (kai investavimo rizika tenka draudėjui; toliau – investicinis gyvybės draudimas) grupė apima gyvybės draudimo rūšis, kai draudimo sutarties galiojimo metu sukauptų lėšų investavimo rizika ar jos dalis tenka draudėjui, o šių lėšų kaupimas susijęs su investicinių fondų ar tam tikro indekso vertės pasikeitimu, išskyrus 4 punkte numatytą draudimo grupę.
 4. Tontinų draudimo grupė apima gyvybės draudimo rūšis, kai steigiama narių draugija, siekianti bendrai kapitalizuoti narių įnašus ir vėliau paskirstyti tokiu būdu sukauptą turtą išgyvenusiems nariams ar mirusių narių naudos gavėjams, t. y. sukauptas kapitalas atitenka nariui (nariams), išgyvenusiam iki nustatyto termino ar įvykio arba tiesiog ilgiausiai išgyvenusiam (kitus pergyvenusiam) nariui ar jų grupei.
 5. Pensijų kaupimo veiklos draudimo grupė apima valstybinio socialinio draudimo įmokos dalies kaupimą, numatytą Lietuvos Respublikos pensijų kaupimo įstatyme ir kituose teisės aktuose, t. y. vadinamoji Pensijų sistemos reformos II pakopa.

Šiandien gyvybės draudimą reikėtų nagrinėti dviem aspektais – kaip finansinę pagalbą atsitikus nelaimei ir kaip investavimo priemonę. Vienas iš būdų sušvelninti ar net išvengti galimų **finansinių** problemų ateityje yra gyvybės draudimas. Gyvybės draudimo paskirtis – užtikrinti šeimos finansinį saugumą apdraustajam susirgus, tapus neįgaliu ar net mirus. Tačiau tai tik vienas šio draudimo ypatumas. Kalbant apie gyvybės draudimą nereikėtų pamiršti, kad gyvybės draudimas yra ir vienas iš būdų taupyti lėšas ateičiai. Įvertinus tai, kad gyvybės draudimo sutartis yra ilgalaikė, periodiškai mokant nedideles draudimo įmokas, laikotarpio pabaigoje galima sukaupti nemenką pinigų sumą, kuri laikotarpio pabaigoje išmokama sutartyje nurodytam asmeniui – naudos gavėjui arba kai kuriais atvejais – įstatyminiams paveldėtojams.

Valstybė skatina ilgalaikį gyventojų lėšų kaupimą, suteikdama mokesstinę lengvatą asmenims, sudariusiems ilgalaikes gyvybės draudimo sutartis: sumokėtos gyvybės draudimo įmokos mažina fizinių asmenų apmokestinamąsias pajamas. Reikėtų įsidėmėti, kad, remiantis Lietuvos Respublikos gyventojų pajamų mokesčio įstatymo (toliau – GPMĮ) nuostatomis, mokes tine lengvata galima pasinaudoti tik tuo atveju, kai sudaryta gyvybės draudimo sutartis atitinka įstatyme numatytus kriterijus.

4.2.2. Draudėjui ir draudikui pateikiama informacija jiems ruošiantis sudaryti gyvybės draudimo sutartį

Ketindami sudaryti gyvybės draudimo sutartį tiek draudėjas, tiek draudikas turi pateikti informaciją, iš kurios draudikas vertina draudimo riziką, o draudėjas – būsimos draudimo sutarties sąlygas. Pateikiama informacija turi būti aiški ir suprantama.

4.2.2.1. Informacija, kurią asmeniui ketinant sudaryti gyvybės draudimo sutartį turi pateikti draudiko įgaliotas atstovas

Prieš sudarydamas gyvybės draudimo sutartį, draudikas arba jo įgaliotas atstovas privalo raštu informuoti draudėją apie:

- galimas draudimo sutarties sąlygas dėl draudimo sumų ir draudimo išmokų, kurias draudėjas turi teisę pasirinkti sudarydamas draudimo sutartį, draudimo įmokų dydžius dėl kiekvieno pasirinkto draudimo sumos ir draudimo išmokos varianto;
- galimus draudimo sutarties terminus;
- draudimo sutarties nutraukimo sąlygas ir būdus, tarp jų ir apie teisę nutraukti gyvybės draudimo sutartį lengvatinėmis sąlygomis;
- draudimo įmokų mokėjimo būdus, mokėjimo tvarką ir trukmę;
- draudimo išmokų dydžio nustatymo ir draudimo išmokos mokėjimo tvarką bei būdus;
- palūkanų normos dydį, draudėjams tenkančios draudiko pelno dalies apskaičiavimo principus ir pelno dalies paskirstymo būdus, išperkamosios sumos nustatymo tvarką ir apytikrius išperkamosios sumos dydžius, jei sudaroma draudimo sutartis su kapitalo kaupimu;
- esminę informaciją apie draudimo sutartims taikomą apmokestinimo tvarką.

Asmeniui, ketinančiam sudaryti investicinio gyvybės draudimo sutartį, raštu ar kitokia asmens paigaudaujama ir jam priimtina forma (išskyrus žodžiu) pateikiami draudimo įmonės siūlomų investavimo kryptių aprašymai. Investavimo kryptis – draudimo įmonės siūloma investicinio gyvybės draudimo sutarties draudėjo lėšų investavimo kryptis, kurioje nurodoma investavimo objektai, investicijų specializacija (pvz., investavimas į konkrečią geografinę sritį, pramonės šaką, tam tikrą vertybinių popierių rūšį ir kt.), faktinė investicijų struktūra, pateikiant didžiausių investavimo krypties investicijų pasiskirstymą, atsižvelgiant į investicijų specializaciją, investavimo krypties rizikos lygio (pvz., žemas, vidutinis ar aukštas) įvertinimas ir kt. Reikalavimai investavimo kryptčiai yra nustatyti teisės aktuose. Investavimo krypties aprašymas turi būti aiškiai ir suprantamai išdėstytas, jame turi būti vengiama specialių sąvokų arba jos paaiškinamos, jame negali būti neteisingos ar klaidinančios informacijos.

Draudimo įmonė turi užtikrinti, kad draudėjas, sudarydamas investicinio gyvybės draudimo sutartį, parašu patvirtintų, jog jam buvo pateikti jo pasirinktų investavimo kryptčių aprašymai.

Prieš pasirašydamas investicinio gyvybės draudimo sutartį, draudikas turi įsitikinti, jog draudėjas aiškiai suprato, kad investavimo rizika tenka pačiam draudėjui. Draudikas turi įspėti draudėją, kad sudarius investicinio gyvybės draudimo sutartį ne visada rezultatai gali atitikti lūkesčius. Susidarius nepalankiai situacijai akcijų ar obligacijų rinkose, draudėjas gali sukaupti mažiau pinigų, negu sumokėjo draudimo įmokų. Atkreiptinas dėmesys į tai, kad pasirinkus dideles draudimo sumas papildomoms rizikoms atskaitymai už rizikas bus dideli, o rezultatai irgi gali būti prasteni, negu buvo tikėtasi. Draudikas privalo sudaryti sąlygas viešai susipažinti su draudimo taisyklėmis ir prieš sudarydamas draudimo sutartį įteikti jų kopijas draudėjui. Draudėjas irgi privalo perskaityti draudimo taisykles iki draudimo sutarties sudarymo ir tik gerai įsigilinęs, išsiaiškinęs neaiškius klausimus gali su draudiku pasirašyti draudimo sutartį.

Sudarant draudimo sutartį ir jos galiojimo metu draudikas privalo suteikti draudėjui šią informaciją: draudiko pavadinimą, draudiko įmonės rūšį, adresą, draudiko padalinio ar draudiko atstovo adresą (jei draudimo sutartis sudaroma ne draudiko buveinėje), iš draudimo sutarties kylančių ar su ja susijusių ginčų sprendimo tvarką, draudiko elgesį, kai draudėjas pažeidžia draudimo sutarties sąlygas, galimus draudimo rizikos padidėjimo atvejus ir kt.

4.2.2.2. Informacija, kurią turi pateikti draudėjas prieš sudarant draudimo sutartį

Draudėjas gali sudaryti gyvybės draudimo sutartį dėl savo arba dėl kito asmens turtinių interesų. Tai reiškia, kad draudėjas ir apdraustasis gali būti tas pats asmuo arba apdraustuoju gali būti paskirtas kitas asmuo. Gyvybės draudimo sutartis laikoma sudaryta asmens, kurio gyvybė draudžiama (apdraustojo), naudai, jei draudimo sutartyje nenurodytas kitas naudos gavėjas. Gyvybės draudimo sutartis asmens, kuris nėra apdraustasis, naudai gali būti sudaryta tik gavus apdraustojo raštišką sutikimą. Jei apdraustajam nėra suėję 18 metų, jis yra pripažintas neveiksniu arba jo veiksnumas yra apribotas, draudimo sutartis gali būti sudaryta tik apdraustojo naudai, išskyrus atvejus, kai yra visos šios sąlygos:

- apdraustajam nėra suėję 18 metų;
- skiriamas naudos gavėjas yra apdraustojo artimas giminaitis;
- naudos gavėjas skiriamas apdraustojo išgyvenimo iki sutartyje nustatyto termino pabaigos atvejui.

Pavyzdžiui, tėvas apdraudžia 5 metų sūnų gyvybės draudimu ir pasiskiria save naudos gavėju. Draudimo sutartis, be kitų sąlygų, numato ir draudimo išmokos išmokėjimą tuo atveju, jei sūnus išgyvens 10 metų. Tokiu atveju, suėjęs šiam terminui ir sūnui išgyvenus, draudimo išmoką, kaip naudos gavėjas, gautų tėvas. Tai tik vienas pavyzdys, gyvenime gali pasitaikyti įvairių atvejų.

Sudarant gyvybės draudimo sutartį, draudėjas turi pateikti draudikui informaciją apie jau turimas gyvybės draudimo sutartis, apdraustą asmenį. Draudikas, vertindamas draudimo riziką, turi teisę atsižvelgti į apdraustojo amžių, sveikatos būklę, profesiją ir kitus draudimo rizikai turinčius reikšmės objektyvius kriterijus, kartu užtikrindamas, kad vienodo rizikos laipsnio asmenų grupei būtų taikomos vienodos draudimo įmokų ir draudimo išmokų apskaičiavimo sąlygos. Paprastai užtenka užpildyti anketą apie apdraustojo sveikatos būklę ir atsakyti į keletą klausimų apie draudėją. Draudikas turi teisę reikalauti draudėjo dokumentų, patvirtinančių draudėjo (apdraudžiamo asmens) amžių, sveikatos būklę, profesiją ir kitas reikšmingas aplinkybes. Ši informacija draudikui reikalinga rizikai įvertinti. Draudikas, vertindamas draudimo riziką, turi teisę atsižvelgti į apdraustojo lytį tik tais atvejais, kai lytis yra pripažįstama lemiamu veiksniu vertinant draudimo riziką, vadovaudamasis Priežiūros komisijos nustatyta tvarka jos interneto tinklalapyje paskelbtais ir reguliariai atnaujinamais patikimais ir tiksliais statistiniais bei aktuariiniais duomenimis (draudimo matematiko – aktuario atlikti skaičiavimai, naudojant matematinius metodus). Draudikui draudžiama bet kokia forma reikalauti, kad draudėjas, apdraustasis ir kiti asmenys pateiktų genetinių tyrimų duomenis. Visa pateikiama informacija turi būti teisinga. Dėl nežinojimo pateikta neteisinga informacija gali būti traktuojama kaip melaginga.

Jeigu sudarius draudimo sutartį nustatoma, kad draudėjas sąmoningai suteikė draudikui melagingą informaciją apie aplinkybes, galinčias turėti esminės įtakos draudžiamojo įvykio atsitikimo tikimybei ir šio įvykio galimų nuostolių dydžiui (draudimo rizikai), tai draudikas turi teisę reikalauti pripažinti draudimo sutartį negaliojančia, išskyrus atvejus, kai aplinkybės, kurias draudėjas nuspėpė, išnyko iki draudžiamojo įvykio ar neturėjo įtakos draudžiamajam įvykiui.

Atkreiptinas dėmesys į tai, kad draudikas neturi teisės atskleisti informacijos, gautos jam vykdant draudimo veiklą, apie draudėją, apdraustą asmenį ar naudos gavėją, jų sveikatos būklę ir turtingumą padėtį bei kitos draudimo sutartyje nustatytos konfidencialios informacijos, išskyrus įstatymų nustatytas išimtis. Draudikas, pažeidęs šią pareigą, privalo atlyginti draudėjui, apdraustam asmeniui ar naudos gavėjui padarytą turtingumą ir neturtingumą žalą.

Kaip ir kiekviena sutartis, draudimo sutartis turi savo kainą, kurią privalo mokėti draudėjas. Paprastai draudimo įmoką sudaro trys dalys:

- įmokos dalis už draudimo riziką;
- įmokos dalis, skirta kaupimui;
- įmokos dalis, skirta mokesčiams.

Draudimo rizika – tai visi įvykiai, kuriems atsitikus ateityje draudikas privalės mokėti draudimo išmoką. Todėl, ruošiantis apskaičiuoti draudimo įmoką, draudikui labai svarbu įvertinti šią riziką. Panagrinėkime pavyzdį (žr. 1 lentelę), kai yra tam tikros kaupiamojo gyvybės draudimo sutarties sąlygos.

1 lentelė. Kaupiamojo gyvybės draudimo sutarties sąlygų pavyzdys

Draudimo rizika	Draudimo suma	Mėnesinė draudimo įmoka, kai sutarties galiojimo laikotarpis 10 metų	
		Apdraustasis – 35 metų įstaigos tarnautojas	Apdraustasis – 35 metų vairuotojas, mėgstantis ekstremalų sportą
Kaupimas	10 000 Lt		
Mirtis	10 000 Lt	85 Lt	90 Lt
Nelaimingi atsitikimai	10 000 Lt	4 Lt	8 Lt
Kritinės ligos	5000 Lt	5 Lt	5 Lt
Iš viso		94 Lt	103 Lt

Lentelėje matome, kad skiriasi draudimo įmoka. Kyla klausimas – kodėl? Drausdamas to paties amžiaus ir lyties žmones draudikas įvertina draudimo riziką individualiai, tai reiškia, kad apdraustasis, mėgstantis ekstremalų sportą, labiau rizikuoja savo sveikata ir gyvybe, todėl yra didesnė tikimybė, kad jam reikės mokėti draudimo išmoką, vadinasi, ir draudimo įmoka jam yra didesnė. Kiekvienas draudikas yra nustatęs kriterijus, pagal kuriuos vertina draudimo riziką ir kiekvienam apdraustajam apskaičiuoja draudimo įmoką individualiai.

4.2.3. Naudos gavėjo paskyrimas ir pakeitimas

Draudėjas turi teisę paskirti vieną ar keletą naudos gavėjų, kurie, įvykus draudžiamajam įvykiui, įgyja teisę gauti draudimo išmoką ar jos dalį. Apie paskirtą naudos gavėją draudėjas raštu privalo pranešti draudikui. Jei apdraustajam nėra suėję 18 metų, jis yra pripažintas neveiksniu ar jo veiknumas yra apribotas, draudėjas neturi teisės skirti naudos gavėjo, išskyrus atvejus, kai yra visos šios sąlygos:

- apdraustajam nėra suėję 18 metų;
- skiriamas naudos gavėjas yra apdraustojo artimas giminaitis;
- naudos gavėjas skiriamas apdraustojo išgyvenimo iki sutartyje nustatyto termino pabaigos atvejui.

Draudėjas turi teisę paskirti neatšaukiamą naudos gavėją, tai reiškia, kad neatšaukiamas naudos gavėjas įgis pirmumo teisę į draudimo išmoką. Draudėjas taip pat privalo raštu pranešti asmeniui apie jo paskyrimą neatšaukiamu naudos gavėju. Skiriant naudos gavėją, kuris nėra apdraustasis, būtinas apdraustojo raštiškas sutikimas, išskyrus atvejus, kai yra visos šios sąlygos:

- apdraustajam nėra suėję 18 metų;
- skiriamas naudos gavėjas yra apdraustojo artimas giminaitis;
- naudos gavėjas skiriamas apdraustojo išgyvenimo iki sutartyje nustatyto termino pabaigos atvejui.

Jei draudėjas paskyrė keletą naudos gavėjų, bet nenurodė, kokią draudimo išmokos dalį turi teisę gauti kiekvienas iš jų, įvykus draudžiamajam įvykiui naudos gavėjai turi lygias teises į draudimo išmoką.

Draudėjas turi teisę pakeisti ar atšaukti naudos gavėją, raštu apie tai pranešęs draudikui. Naudos gavėją pakeičiant kitu naudos gavėju, kuris nėra apdraustasis, būtinas apdraustojo raštiškas sutikimas, išskyrus atvejus, kai yra visos šios sąlygos:

- apdraustajam nėra suėję 18 metų;
- skiriamas naudos gavėjas yra apdraustojo artimas giminaitis;
- naudos gavėjas skiriamas apdraustojo išgyvenimo iki sutartyje nustatyto termino pabaigos atvejui.

Neatšaukiamas naudos gavėjas gali būti pakeistas ar atšauktas tik tuo atveju, kai yra jo raštiškas sutikimas.

Pagal gyvybės draudimo sutartyje nustatytus atvejus ir tvarką, teisę paskirti, pakeisti ir atšaukti naudos gavėją turi ir apdraustasis. Tokiu atveju naudos gavėjo paskyrimui, pakeitimui ar atšaukimui taikomos šio skyriaus nuostatos.

4.2.4. Pagrindinės gyvybės draudimo sutarčių nuostatos

Draudimo sutarties standartinės sąlygos yra draudimo taisyklės. Draudimo įstatymas numato, kas privalo būti nurodyta draudimo taisyklėse. Kiekviena draudimo įmonė jos parengtose draudimo taisyklėse detalai aprašo, kokiomis sąlygomis ji draudžia, pvz., nurodomi draudžiamieji ir nedraudžiamieji įvykiai, sutarties galiojimo teritorija ir kt.

Susipažįstant su draudimo taisyklių sąlygomis, reikia atkreipti dėmesį į taisyklėse išvardytus draudžiamuosius ir nedraudžiamuosius įvykius, nes draudimo išmoka bus mokama tik atsitikus draudžiamajam įvykiui. Draudimo įstatyme yra pasakyta, kad draudžiamasis įvykis yra draudimo sutartyje nurodytas atsitikimas, kuriam įvykus draudikas privalo mokėti draudimo išmoką.

Pagal standartines draudimo sutarties sąlygas yra draudžiami tokie nelaimingi atsitikimai, kurie gali atsitikti kasdiniame žmogaus gyvenime. Specifinės rizikos – alpinizmas, parašiutizmas, aviacija ir pan. – paprastai neįtraukiamos į standartines sutarties sąlygas, ir tai reikštų, kad atsitikus nelaimingam atsitikimui toks įvykis būtų pripažintas nedraudžiamuoju įvykiu.

Kad būtų aiškiau, pateikiame pavyzdį.

Du draugai Algis ir Petras sudarė gyvybės draudimo sutartį su gyvybės draudimo įmone, papildomai apsidraudė ir nuo nelaimingų atsitikimų. Algis prieš apsidraudamas atidžiai neperskaitė draudimo taisyklių, o Petras skaitydamas pastebėjo, kad parašiutizmas yra nedraudžiamasis įvykis. Kadangi ateityje Petras su Algiu planavo šokti su parašiotu, Petras susitarė su gyvybės draudimo įmone papildyti standartines sutarties sąlygas, parašiutizmą įtraukiant į draudžiamųjų įvykių sąrašą.

Leisdamiesi su parašiotais abu draugai patyrė traumas: Algiui lūžo koja, Petras susižalojo ranką. Traumos labai panašios ir jų atsiradimo priežastis yra ta pati – parašiutizmas. Petras gavo draudimo išmoką, o Algio nelaimingas atsitikimas buvo pripažintas nedraudžiamuoju įvykiu. Jis negavo draudimo išmokos tik todėl, kad draudimo taisyklėse nurodyta, jog traumos, susijusios su parašiutizmu, yra nedraudžiamasis įvykis ir tokiu atveju draudimo išmoka nemokama.

Taigi pateikti du atvejai: Algio sutartis yra sudaryta pagal standartines draudimo sutarties sąlygas (pagal draudimo taisyklių nuostatas), o Petras paprašė draudiko papildyti standartinės sutarties sąlygas, numatant individualią draudimo sutarties sąlygą. Tai reiškia, kad už papildomą mokestį draudikas sutiko ateityje Petrui mokėti draudimo išmoką dėl įvyksiančio nelaimingo atsitikimo šokant su parašutu. Tais atvejais, kai aptariamos individualios draudimo sutarties sąlygos, draudikas privalo pranešti draudėjui apie siūlomą draudimo sutarties sąlygą ir jos padarinius. Ši individualiai aptarta sąlyga galioja tik tuo atveju, kai draudėjas raštu patvirtina susipažinęs su ja ir raštu išreiškia sutikimą, kad sąlyga būtų draudimo sutarties dalimi.

Sudarius draudimo sutartį, draudėjui privalo būti išduotas draudimo liudijimas ir, jei sudaryta individuali draudimo sutartis, individualios draudimo sutarties egzempliorius.

Praktika parodė, kad yra draudėjų, kurie persigalvoja tik sudarę draudimo sutartį (t. y. per 30 dienų nuo gyvybės draudimo sutarties sudarymo). Tokiu atveju draudėjas turi teisę vienašališkai nutraukti draudimo sutartį, o draudikas, išskyrus atvejus, kai gyvybės draudimo sutarties terminas yra 6 mėnesiai ar trumpesnis, privalo grąžinti visą sumokėtą draudimo įmoką. Ši lengvatinė sutarties nutraukimo galimybė taikoma tik tada, kai draudėjas yra fizinis asmuo.

Draudėjas, dėl kokių nors priežasčių nutaręs nutraukti draudimo sutartį pirma laiko, praėjus lengvatiniam sutarties nutraukimo laikui, gali būti nustebintas – draudimo įmonės išmokėta suma gali būti kelis kartus mažesnė už jo sumokėtų įmokų sumą arba net lygi nuliui. Kodėl taip atsitinka? Draudimo įmonė, sudarydama draudimo sutartį, patiria sutarties sudarymo išlaidas (pvz.: konsultavimo paslaugos, komisinis atlyginimas tarpininkui, su rizikos vertinimu susijusios išlaidos, draudimo liudijimo spausdinimo išlaidos ir t. t.), kurias ji turi padengti. Todėl nutraukus draudimo sutartį jos išskaičiuojamos iš draudėjo. Be to, išskaičiuojamos ir nesumokėtos draudimo įmokos, kurių mokėjimo terminas yra suėjęs. Reikia nepamiršti, kad, jei draudėjas naudojosi mokestine lengvata ir sutartis nutraukiama nepraėjus 10 metų laikotarpiui, mokestinės lengvatos suma bus sumažinama draudiko išmokėta suma – išperkamoji suma. Pavyzdžiui, draudimo sutartis sudaryta 10 metų, mėnesinė draudimo įmoka – 100 Lt. Pagal Lietuvos GPMĮ nuostatas, tam tikrais atvejais, draudėjas gali pasinaudoti pajamų mokesčio lengvata ir, užpildęs metinę pajamų mokesčio deklaraciją, sugrąžinti mokesčio permoką. Tačiau reikėtų atkreipti dėmesį į tai, kad valstybė skatina tik ilgalaikį taupymą, ir teisė pasinaudoti šia lengvata yra suteikiama draudėjams, turintiems ne trumpiau kaip 10 metų galiojančias draudimo sutartis². Nutraukiant draudimo sutartį po 5 metų, draudėjui bus išmokėta vadinamoji išperkamoji suma, kuri susidaro iš visų sumokėtų draudimo įmokų (6 000 Lt) atimant sutarties administravimo sąnaudas, mokestį už draudimo riziką. Jeigu draudėjas sutarčiai galiojant naudojosi pajamų mokesčio lengvata, išperkamoji suma bus sumažinta mokesčio lengvatos dydžiu, nes draudimo sutartis negaliojo 10 metų ir nebuvo įvykdyta GPMĮ nurodyta sąlyga.

Draudžiantis gyvybės draudimu, sutartyje galima numatyti, kad draudimo išmoka yra mokama ne tik mirties atveju, bet ir įvykus nelaimingam atsitikimui ar susirgus sunkia liga. Šios **rizikos** yra vadinamos papildančiu draudimu dėl žalos asmeniui. Kiekvienam apdraustajam draudimo įmonė apskaičiuoja individualias draudimo įmokas (atskaitymus) už draudimo rizikas. Tai reiškia, kad nuo draudėjo sumokėtos draudimo įmokos (investicinio gyvybės draudimo atveju – nuo sukaupto kapitalo) atskaitoma draudimo įmokos dalis už pasirinktas draudimo rizikas. Be šių atskaitymų, draudimo įmonės atskaito sutarties administravimo mokestį ir kt. O kita draudimo įmokos dalis, atėmus atskaitymus, naudojama kaupimui. Kuo daugiau apdrausta rizikų, tuo mažesnė draudimo įmokos dalis tenka kaupimui.

Draudimo įmokas draudėjas įsipareigoja mokėti draudimo įmonei draudimo sutartyje numatytais terminais. Gyvybės draudime draudėjui laiku nesumokėjus draudimo įmokos ar jos dalies draudimo sutartyje nustatytu laiku, draudikas apie tai privalo pranešti draudėjui raštu, nurodydamas,

² GPMĮ yra nurodyta daugiau sąlygų, kokiais atvejais galima pasinaudoti pajamų mokesčio lengvata.

kad, per 30 dienų nuo pranešimo gavimo draudėjui nesumokėjus draudimo įmokos ar jos dalies, draudimo apsauga bus sustabdyta (laikinaai nustos galioti draudimo apsauga iki tol, kol draudėjas sumokės uždelstas draudimo įmokas) ir atnaujinta tik draudėjui sumokėjus draudimo įmoką ar jos dalį. Jei draudimo sutartyje nenustatytas kitoks pranešimų siuntimo būdas, laikoma, kad draudėjas gavo draudiko pranešimą, išsiųstą paštu, praėjus protingam terminui po jo išsiuntimo. Draudimo sutartyje gali būti įrašyti terminai ilgesni nei nurodyti šioje dalyje.

Jei draudžiamasis įvykis įvyko draudimo apsaugos sustabdymo metu, tai draudikas neprivalo mokėti draudimo išmokos. Jei draudimo apsaugos sustabdymas dėl draudimo įmokos nesumokėjimo trunka ilgiau negu 6 mėnesius, draudikas turi teisę vienašališkai nutraukti draudimo sutartį.

Investicinio gyvybės draudimo atveju draudėjas neprivalo griežtai numatytais terminais mokėti draudimo įmokų draudikui, jeigu ši nuostata numatyta draudimo taisyklėse. Kadangi draudikas atskaito mokesčius už riziką nuo draudėjo sukaupto kapitalo, draudimo įmokos nemokėjimo atveju šie mokesčiai bus atskaitomi nuo Jūsų sukaupto kapitalo. Todėl draudėjo sukauptas kapitalas pradės mažėti, ir gali būti taip, kad, daugiau nemokant draudimo įmokų, jo visai neliks.

Gavus draudimo įmoką, draudimo įmonė savo apskaitoje šią įmoką paskirsto. Teisės aktų nustatyta tvarka, draudimo įmonės formuoja draudimo techninius atidėjinius, tai reiškia, kad sudaro tokio dydžio rezervą, kad galėtų įvykdyti visus savo įsipareigojimus draudėjams. Vienas iš tokių atidėjinių tradiciniame gyvybės draudime yra skirtas kaupti draudėjų pinigus, kad suėjus draudimo sutarties pasibaigimo terminui užtektų pinigų grąžinti draudėjams. Kitas atidėjinytis yra kaupiamas tam, kad įvykus nelaimingam atsitikimui arba apdraustajam susirgus, draudimo įmonė turėtų pinigų išmokėti draudimo išmoką. Taip pat draudimo įmonė sudaro ir kitus, teisės aktuose numatytus techninius atidėjinius. Investicinio gyvybės draudimo techninis atidėjinytis sudaromas kitais principais negu tradicinio gyvybės draudimo. Būtent sudarius investicinio gyvybės draudimo sutartį, draudikas investuoja draudėjo pinigus jo pasirinktomis kryptimis ir kasdien, įvertinant kiekvieno draudėjo investicijas rinkos kaina, skaičiuojamas kiekvieno draudėjo techninis atidėjinytis, arba vadinamasis draudėjo sukauptas kapitalas. Suformavus visus reikiamus techninius atidėjinius, draudimo įmonė tam tikrą draudimo įmokos dalį skiria su draudimo sutartimi susijusioms išlaidoms bei draudimo rizikai padengti. Pavyzdžiui, kam nors gali atrodyti, kad išlaidos, susijusios su draudimo sutartimi, gali būti tik komisinis atlyginimas tarpininkui, tačiau realiai draudimo įmonė patiria kur kas daugiau įsigijimo išlaidų: komisinis atlyginimas tarpininkui, tarpininkų apmokymo, dokumentų spausdinimo, patalpų nuomos, išlaikymo, reklamos ir kt.

Tradicinio gyvybės draudimo atveju, draudimo įmonė, apskaičiuodama draudimo įmoką, įvertina draudimo sutarties išlaidas visam sutarties galiojimo laikotarpiui, apskaičiuoja draudimo riziką, taip pat įvertina kiek draudėjas turi mokėti, kad laikotarpio pabaigoje sukauptų norimą pinigų sumą ir tik tada skaičiuoja draudimo įmoką individualiai kiekvienam draudėjui. Atkreipiame Jūsų dėmesį į tai, kad draudimo sumą laikotarpio pabaigoje sukaupia pats draudėjas. Draudikas gali skirti draudėjui dalį investicinio pelno, kurį kaupia visą draudimo sutarties galiojimo laikotarpį ir išmoka pasibaigus sutarčiai.

Investicinio gyvybės draudimo atveju, draudimo įmonė, apskaičiuodama ir draudimo įmoką, įvertina draudimo sutarties išlaidas visam sutarties galiojimo laikotarpiui, apskaičiuoja draudimo riziką, o kokią pinigų sumą skirti kaupimui, nusprendžia pats draudėjas (draudimo įmonė gali numatyti minimalią įmoką, skirtą kaupimui).

Suformuoti draudimo techniniai atidėjiniai yra draudėjų turtas ir skirti tik draudėjų poreikiams tenkinti. Šie atidėjiniai negali būti panaudojami kitokioms draudimo įmonės skoloms padengti. Draudimo įstatyme yra nuostata, kad likviduojamos bankrutavusios draudimo įmonės ir užsienio valstybės draudimo įmonės filialo, kurio veikla nutraukiama, draudimo techninius atidėjinius dengiantis turtas gali būti naudojamas tik tenkinti draudėjų, apdraustųjų, naudos gavėjų ir nukentėjusių

sių trečiųjų asmenų kreditoriniams reikalavimams, atsirandantiems iš draudimo sutarčių. Iš draudimo techninius atidėjinius dengiančio turto ir lėšų, gautų jį perleidus, negali būti išieškoma pagal kitas draudimo įmonės ar kitos užsienio valstybės draudimo įmonės filialo prievoles.

4.2.5. Investicinio gyvybės draudimo ypatumai

Investicinis gyvybės draudimas Lietuvoje dar neturi gilių šaknų ir pradėtas vykdyti tik nuo 1997 m. Vienareikšmio atsakymo, kuriam asmeniui kokią draudimo rūšį rinktis, nėra, nes tai priklauso nuo daugelio sąlygų – draudimosi tikslo, kokią riziką asmuo nori drausti, draudimo laikotarpio, investavimo patirties ir t. t. Tikėtina, kad, esant ilgam sutarties terminui (10–20 metų), didesnę investicijų grąžą duos investicinis gyvybės draudimas. Tačiau, jei asmuo neturi investavimo patirties ir nesidomi finansų rinkomis, nelinkęs domėtis informacija, daryti investicinių sprendimų ir priimti investavimo rizikos, jam derėtų rinktis tradicinį kaupiamąjį gyvybės draudimą su garantuota palūkanų norma. Ir svarbu nepamiršti: nors draudimo produktai leidžia sukaupti pajamas ateičiai, pirmiausia jie skirti draudėjo (apdraustojo) finansiniam saugumui.

2 lentelė. Kaupiamojo gyvybės draudimo ir investicinio gyvybės draudimo (pilnas pavadinimas – gyvybės draudimas, susijęs su investiciniais fondais (kai investavimo rizika tenka draudėjui) palyginimas

Investavimo rizika	Kaupiamasis gyvybės draudimas	Investicinis gyvybės draudimas
Investiciniai sprendimai	Sprendžia draudikas	Sprendžia draudėjas
Išmoka mirties atveju	Draudimo išmoka kartu su papildoma investicinių pajamų dalimi (jei draudimo sutartis sudaryta su dalyvavimu draudiko pelne)	Draudimo išmoka mirties atveju arba sukauptas kapitalas, atsižvelgiant į tai, kuri suma didesnė, arba abi sumos
Išmokama pasibaigus draudimo sutarties terminui	Draudimo išmoka kartu su papildoma investicinių pajamų dalimi (jei draudimo sutartis sudaryta su dalyvavimu draudiko pelne), jeigu apdraustasis išgyvena	Sukaupto kapitalo vertė
Išperkamoji suma (mokama nutraukus sutartį prieš terminą)	Draudimo įmokų dalis kartu su investicinių pajamų dalimi (jei draudimo sutartis sudaryta su dalyvavimu draudiko pelne) atėmus nutraukimo mokestį	Sukaupto kapitalo vertė atėmus nutraukimo mokestį, jei toks numatytas pagal draudimo sutartį

Investicinis gyvybės draudimas gali būti labai efektyvus, nes sukauptos draudimo įmokos gali būti investuojamos rizikingiau, t. y. taikomi mažesni apribojimai investicijoms. Tikėtina, kad tai gali duoti didesnę investicijų grąžą. Šis produktas ypač patrauklus, kai auga akcijų rinka. Tačiau reikia, kad specifinių žinių turėtų vartotojas, t. y. draudėjas, kuris pats sprendžia, kur investuojami jo pinigai, atitinkamai priimdamas ir visą investavimo riziką. O tradicinis kaupiamasis gyvybės draudimas dėl nustatytų reikalavimų techninių atidėjinių lėšų investicijoms konservatyvumo negali užtikrinti didelės investicijų grąžos. Šis produktas tampa ypač patrauklus vartotojui, kai yra finansų rinkų nuosmukis, nes, nepaisant situacijos finansų rinkose, jis turi tvirtą draudiko įsipareigojimą užtikrinti nedidelę, bet garantuotą, palūkanų normą. Investicinio gyvybės draudimo atveju ypač svarbu įvertinti atskaitymus už sutarties aptarnavimą (atskaitymus nuo įmokos, metinį investicijų valdymo mokestį, draudimo sutarties administravimo mokestį ir kt.), taip pat atkreipti dėmesį į investavimo kryptių vienetų kainų pokytį ir investavimo kryptių keitimo mokesčius.

Panagrinėkime investicinio gyvybės draudimo pavyzdį (1 pav.), kai:

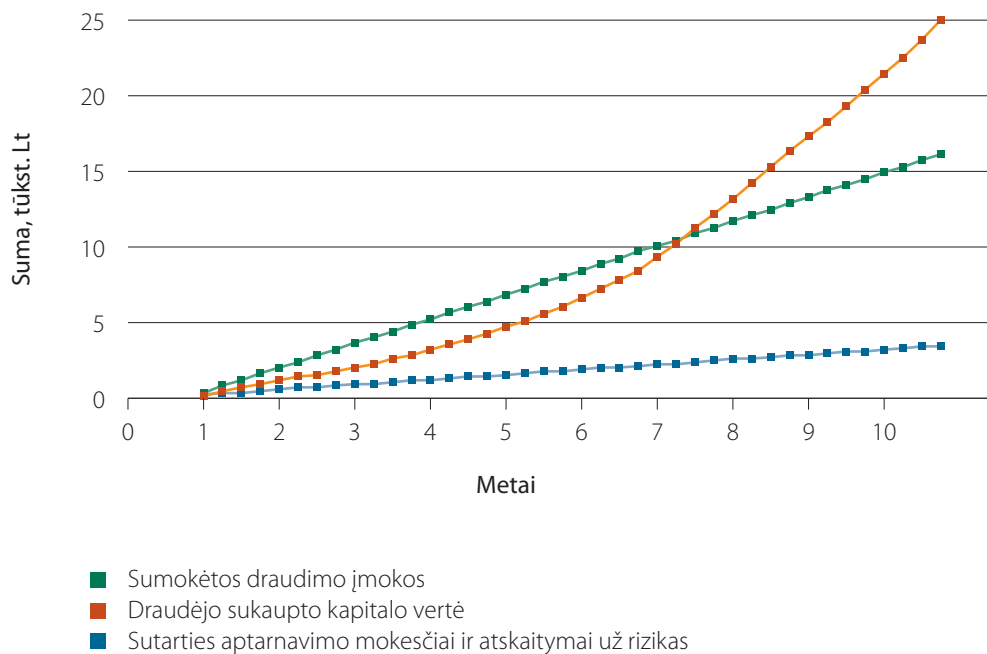
- draudimo sutartis sudaryta 10 metų laikotarpiui;
- draudimo įmoka mokama ketvirčiais – 400 Lt;
- prognozuojama metinė investicijų grąža svyruoja nuo -10 iki -25 proc. pirmus trejus sutarties galiojimo metus ir nuo 5 iki 25 proc. ketvirtus–dešimtus sutarties galiojimo metus.

Taikomi šie atskaitymai nuo įmokos:

- už sutarties sudarymą – 50 proc. (pirmus metus);
- už sutarties aptarnavimą – 5 proc.;
- už investicijų valdymą – 0,5 proc.;
- administracinis mokestis – 20 Lt.

Taip pat dar yra atskaitoma nuo sukaupto kapitalo už pasirinktas rizikas po 40 Lt (ketvirčiui).

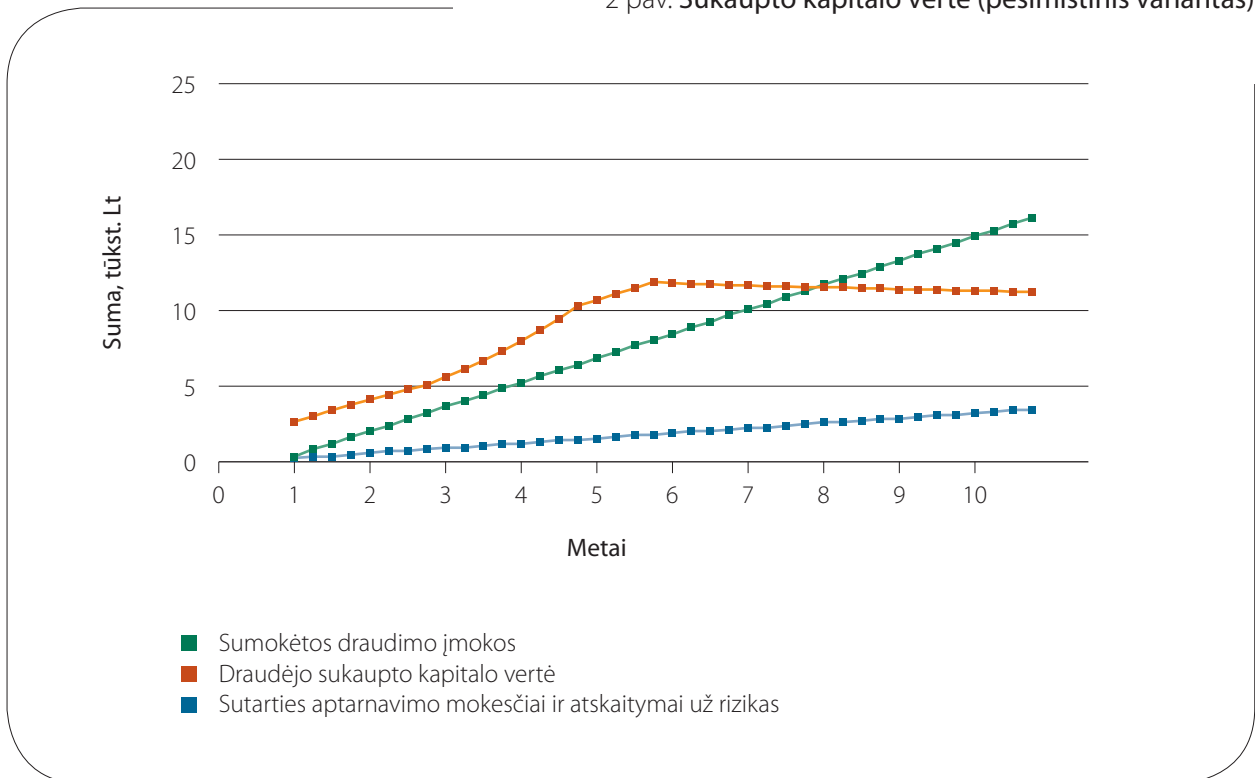
1 pav. Sukaupto kapitalo vertė (optimistinis variantas)



Nagrinėjant šį pavyzdį labai svarbu paminėti, kad draudėjo sukaupto kapitalo vertė laikotarpio pabaigoje yra tik prognozė. Susidarius nepalankiai situacijai vertybinių popierių rinkoje, vidutinė metinė investicijų grąža gali būti net neigiama, ir tai gali gerokai sumažinti Jūsų sukaupto kapitalo vertę.

Akcijų kainos, skolos vertybinių popierių palūkanos svyruoja – po didelio pakilimo būna nuosmukis. Šiuos svyravimus labai sunku nuspėti, tačiau svarbu, kad nuosmukio nebūtų baigiantis Jūsų sutarčiai (2 pav.). Iš šio pavyzdžio matome, kas atsitiktų Jūsų sukaupto kapitalo vertei, jeigu paskutiniuosius penkerius sutarties galiojimo metus vidutinė metinė grąža nukristų iki -15 proc. Kad taip neatsitiktų, baigiantis sutarties laikotarpiui reikėtų rinktis mažiau rizikingas investavimo kryptis arba atidžiai stebėti vertybinių popierių rinkos pokyčius ir laiku teisingai nuspręsti.

2 pav. Sukaupto kapitalo vertė (pesimistinis variantas)



Taigi dar kartą norėtume atkreipti Jūsų dėmesį į tai, kad investicinis gyvybės draudimas gali patenkinti Jūsų lūkesčius tik tada, kai patys aktyviai domėsitės investavimo galimybėmis ir galėsite teisingai nuspręsti dėl Jums palankiausių investicijų. Kitu atveju rinkitės tradicinį gyvybės draudimą, kuris suteiks Jums žinomą investicinę naudą ir dėl galimų sveikatos problemų ateityje padės išvengti finansinių nuostolių (jeigu būsite apsidraudę papildančiu draudimu).

4.2.6. Ką reikėtų žinoti draudėjui, sudariusiam gyvybės draudimo sutartį

Sudarydamas draudimo sutartį, draudikas įsipareigoja, atsitikus draudžiamajam įvykiui, naudos gavėjui mokėti draudimo išmoką.

Kiekvienas draudėjas, sudaręs draudimo sutartį, turi teisę pakeisti sutarties sąlygas, jei tai yra numatyta draudimo taisyklėse, t. y. papildomai apsidrausti nuo nelaimingų atsitikimų, kritinių ligų, atsakyti drausti nuo nelaimingų atsitikimų, kritinių ligų, taip pat didinti / mažinti draudimo sumas. Norint pakeisti galiojančios sutarties sąlygas, reikia kreiptis į draudiką, kuris įvertina draudimo riziką iš naujo ir perskaičiuoja draudimo įmoką. Reikalaukite, kad bet kokie sutarties pakeitimai būtų įforminami raštu, tada nei draudėjas, nei draudikas negalės užginčyti draudimo sutarties sąlygų. Taip išvengsite galimų nesusipratimų ateityje. Už draudimo sutarties sąlygų keitimą draudikas gali imti draudimo taisyklėse numatytą mokesį, be to, šis mokeskis gali būti imamas ir keičiant investavimo kryptį investicinio gyvybės draudimo sutarties atveju.

Jei draudėjas vėluoja mokėti draudimo įmoką, draudikas informuoja pastarąjį, kad laiku nesumokėjus draudimo įmokų gali būti stabdoma draudimo apsauga, tai reiškia, kad tuo metu įvykus draudžiamajam įvykiui draudikas neprivalo mokėti draudimo išmokos. Jeigu draudimo apsaugos sustabdymas dėl draudimo įmokos nesumokėjimo trunka ilgiau negu 6 mėnesius, draudikas turi teisę vienašališkai nutraukti draudimo sutartį. Tačiau reikia turėti omenyje, kad draudikas privalo raštu informuoti draudėją, jog, per 30 dienų nuo pranešimo gavimo nesumokėjus draudimo įmo-

kos ar jos dalies, draudimo apsauga bus sustabdyta ir atnaujinta, tik draudėjui sumokėjus draudimo įmoką ar jos dalį. Pažymėtina, kad draudimo sutartyje gali būti nurodyti ilgesni terminai.

Draudimo sutarties galiojimo metu draudikas nedelsdamas privalo raštu pranešti gyvybės draudimo sutarties draudėjui:

- apie bet kokį draudiko pavadinimo, teisinės formos ar buveinės, filialo adreso pasikeitimą;
- esminę informaciją, jei keičiasi draudimo taisyklės ar teisė, taikoma draudimo sutarčiai.

Draudikas draudimo sutarties galiojimo metu neturi teisės vienašališkai didinti draudimo įmokos, kai draudimo rizika padidėja dėl draudėjo amžiaus ir (ar) ligos, išskyrus atvejus, kai draudėjas ar apdraustasis tyčia sukelia sau ligą. Draudimo sutartyse nustatytais atvejais, kurie privalo būti aptarti individualiai, draudikas turi teisę vienašališkai keisti nustatytos draudimo įmokos dydį tik tuo atveju, kai šis keitimas yra susijęs su:

- palūkanų normos kitimu vidaus ir tarptautinėse rinkose;
- pakitusiai statistiniais duomenimis apie draudiminiuosius įvykius ir draudimo išmokas.

Iki draudimo įmokos pakeitimo draudėjas apie numatomus pakeitimus privalo būti išsamiai informuotas raštu, nurodant draudimo įmokos kitimo priežastis ir sudarant sąlygas nutraukti draudimo sutartį.

Draudėjas, gavęs apdraustojo sutikimą, sutarties galiojimo metu turi teisę pakeisti ar atšaukti naudos gavėją, raštu apie tai pranešęs draudikui. Neatšaukiamas naudos gavėjas gali būti pakeistas ar atšauktas tik tada, kai yra jo raštiškas sutikimas.

4.2.7. Kaip elgtis, įvykus draudžiamam įvykiui

Įvykus nelaimingam atsitikimui ar susirgus, pirmiausia reikia rūpintis apdraustuoju, kuo greičiau suteikti medicininę pagalbą ir t. t., o paskui galima galvoti ir apie draudimą, t. y. draudimo taisyklėse nustatyta tvarka pranešti draudikui apie įvykį. Jeigu Jums kreipimosi tvarka nėra visiškai aiški, skambinkite draudikui ar jo įgaliotam atstovui draudimo liudijime nurodytais telefonais arba kreipkitės nurodytu adresu. Paprastai draudimo išmoka išmokama pagal pateiktas gydymo, civilinės metrikacijos įstaigų pažymas, kuriose patvirtintas draudžiamasis įvykis, nurodyta tiksli diagnozė ir kt.

Reikėtų įsidėmėti, kad draudikas neturi teisės išmokėti draudimo išmokos, neįsitikinęs draudžiamąjo įvykio buvimu. Todėl draudikas gali prašyti papildomos informacijos apie įvykį. Draudimo išmoka privalo būti išmokėta ne vėliau kaip per 30 dienų nuo tos dienos, kai gaunama visa informacija, reikšminga nustatant draudžiamąjo įvykio faktą, aplinkybes ir padarinius bei draudimo išmokos dydį. Atsisakydamas mokėti draudimo išmoką ar ją sumažindamas, draudikas privalo pateikti draudėjui ar naudos gavėjui išsamų ir motyvuotą paaiškinimą apie tokio sprendimo priežastis. Jei draudimo išmoka nėra išmokėta per 30 dienų nuo pranešimo apie draudiminį įvykį dienos, draudikas privalo raštu išsamiai informuoti draudėją (naudos gavėją) apie draudžiamąjo įvykio tyrimo eigą.

4.3. Ne gyvybės draudimas

Reda Vaitkunskienė

4.3.1. Ne gyvybės draudimo klasifikacija

Draudimo šakos yra gyvybės ir ne gyvybės draudimas. Ne gyvybės draudimo šakai priskiriamos šios draudimo grupės:

1. **Draudimas nuo nelaimingų atsitikimų.** Draudimo nuo nelaimingų atsitikimų grupė apima draudimo rūšis, kai draudimo įmonė įsipareigoja išmokėti draudimo išmoką draudėjo (ap-

draustojo) mirties, žalos sveikatai ar darbingumo (nuolatinio, laikino ar dalinio) netekimo dėl nelaimingo atsitikimo atveju. Draudimo nuo nelaimingų atsitikimų draudimo grupė apima nelaimingus atsitikimus (įskaitant gamybines traumas ir profesines ligas), kai:

- sudaromos sumų draudimo sutartys;
 - sudaromos nuostolių draudimo sutartys;
 - sudaromos mišrios draudimo sutartys (anksčiau nurodytų sutarčių derinys);
 - mokama draudimo išmoka dėl keleivių sužalojimo.
2. **Draudimas ligos atvejui.** Draudimo ligos atvejui grupė apima tokias draudimo rūšis, kai draudimo įmonė įsipareigoja išmokėti draudimo išmoką draudėjo (apdraustojo) ligos atveju. Draudimo ligos atvejui grupė apima:
 - sumų draudimo sutartis;
 - nuostolių draudimo sutartis;
 - mišrias draudimo sutartis (anksčiau nurodytų sutarčių derinys).
 3. **Sausumos transporto priemonių, išskyrus geležinkelio transporto priemones, draudimas.** Sausumos transporto priemonių, išskyrus geležinkelio transporto priemones, draudimo grupė apima draudimo rūšis, kai draudimo įmonė įsipareigoja išmokėti draudimo išmoką dėl nuostolių, susijusių su sugadinimu ar netekimu:
 - sausumos motorinių transporto priemonių;
 - sausumos ne motorinių transporto priemonių.
 4. **Geležinkelio transporto priemonių draudimas.** Geležinkelio transporto priemonių draudimo grupė apima draudimo rūšis, kai draudimo įmonė įsipareigoja išmokėti draudimo išmoką dėl nuostolių, susijusių su geležinkelio transporto priemonių sugadinimu ar jų netekimu.
 5. **Skraidymo aparatų draudimas.** Skraidymo aparatų draudimo grupė apima draudimo rūšis, kuriomis draudimo įmonė įsipareigoja išmokėti draudimo išmoką dėl nuostolių, susijusių su skraidymo aparatų sugadinimu ar jų netekimu.
 6. **Laivų (jūrų ir vidaus vandens) draudimas.** Laivų (jūrų ir vidaus vandens) draudimo grupė apima draudimo rūšis, kai draudimo įmonė įsipareigoja išmokėti draudimo išmoką dėl nuostolių, susijusių su sugadinimu ar netekimu:
 - upių ir dirbtinių vandens telkinių laivų;
 - ežerų laivų;
 - jūrų laivų.
 7. **Vežamų krovinių draudimas.** Vežamų krovinių draudimo grupė apima draudimo rūšis, kuriomis draudimo įmonė įsipareigoja išmokėti draudimo išmoką dėl nuostolių, susijusių su vežamų krovinių (įskaitant prekes, bagažą ir kitus krovinius) sugadinimu ar jų netekimu, nepaisant jų vežimo būdo.
 8. **Turto (išskyrus 3–7 punktus) draudimas nuo gaisro ar gamtinių jėgų.** Turto (išskyrus 3–7 punktus) draudimo nuo gaisro ar gamtinių jėgų grupė apima draudimo rūšis, kai draudimo įmonė įsipareigoja išmokėti draudimo išmoką dėl nuostolių, susijusių su turto (išskyrus 3–7 punktus) sugadinimu ar netekimu dėl:
 - gaisro;
 - sprogo;
 - audros;
 - kitų gamtinių jėgų, išskyrus audrą;
 - branduolinės energijos;
 - žemės įgriuvos.
 9. **Turto draudimas nuo kitų rizikų (išskyrus 8 punktą).** Turto draudimo nuo kitų rizikų (išskyrus 8 punktą) grupė apima draudimo rūšis, kuriomis draudimo įmonė įsipareigoja išmokėti

draudimo išmoką dėl nuostolių, susijusių su turto (išskyrus 3–7 punktus) sugadinimu ar netekimu dėl krušos ar šalčio ir bet kokių kitų įvykių, tokių kaip vagystė, išskyrus numatytus 8 punkte.

10. **Su sausumos transporto priemonių valdymu susijusios civilinės atsakomybės draudimas.** Su sausumos transporto priemonių valdymu susijusios civilinės atsakomybės draudimo grupė apima tokias draudimo rūšis, kurios susijusios su draudėjo (apdraustojo) civiline atsakomybe, valdant sausumos motorines transporto priemones, ir kuriose draudimo įmonė įsipareigoja išmokėti draudimo išmoką dėl nuostolių, susijusių su žalos padarymu nukentėjusiam trečiajam asmeniui. Ši draudimo grupė apima ir vežėjo civilinę atsakomybę.
11. **Su skraidymo aparatų valdymu susijusios civilinės atsakomybės draudimas.** Su skraidymo aparatų valdymu susijusios civilinės atsakomybės draudimo grupė apima tokias draudimo rūšis, kurios susijusios su draudėjo (apdraustojo) civiline atsakomybe, valdant skraidymo aparatus, ir kuriose draudimo įmonė įsipareigoja išmokėti draudimo išmoką dėl nuostolių, susijusių su žalos padarymu nukentėjusiam trečiajam asmeniui. Ši draudimo grupė apima ir vežėjo civilinę atsakomybę.
12. **Su laivų (jūrų ir vidaus vandenių) valdymu susijusios civilinės atsakomybės draudimas.** Su laivų (jūrų ir vidaus vandenių) valdymu susijusios civilinės atsakomybės draudimo grupė apima tokias draudimo rūšis, kurios susijusios su draudėjo (apdraustojo) civiline atsakomybe, valdant laivus (jūrų ir vidaus vandenių), ir kuriose draudimo įmonė įsipareigoja išmokėti draudimo išmoką dėl nuostolių, susijusių su žalos padarymu nukentėjusiam trečiajam asmeniui. Ši draudimo grupė apima ir vežėjo civilinę atsakomybę.
13. **Bendrosios civilinės atsakomybės draudimas.** Bendrosios civilinės atsakomybės draudimo grupė apima draudimo rūšis (išskyrus numatytas 10–12 punktuose), kai draudimo įmonė įsipareigoja išmokėti draudimo išmoką dėl nuostolių, susijusių su žalos padarymu nukentėjusiam trečiajam asmeniui. Šios grupės draudimo rūšių objektas negali būti susijęs su bet kokios rūšies kreditu ar paskola bei jų grąžinimu.
14. **Kredito draudimas.** Kredito draudimo grupė apima draudimo rūšis, kai draudimo įmonė įsipareigoja išmokėti draudimo išmoką dėl nuostolių, susijusių su:
 - nemokumu;
 - eksporto kredito ar paskolos negrąžinimu;
 - išsimokėtino kredito ar paskolos negrąžinimu;
 - hipotekinio kredito ar paskolos negrąžinimu;
 - žemės ūkio kredito ar paskolos negrąžinimu.Prie kredito draudimo rūšių objekto taip pat priskiriamas prievolės atsiskaityti už prekes ar paslaugas neįvykdymas.
15. **Laidavimo draudimas.** Laidavimo draudimo grupė apima draudimo rūšis, kai draudimo įmonė įsipareigoja išmokėti draudimo išmoką dėl nuostolių, susijusių su draudėjo (apdraustojo) prievolių neįvykdymu. Šios grupės draudimo rūšių draudimo objektas negali būti susijęs su bet kokios rūšies kreditu ar paskola bei jų grąžinimu, profesine ir deliktine civiline atsakomybe. Laidavimo draudimo grupė apima:
 - tiesioginį laidavimo draudimą;
 - netiesioginį laidavimo draudimą.
16. **Finansinių nuostolių draudimas.** Finansinių nuostolių draudimo grupė apima draudimo rūšis, kai draudimo įmonė įsipareigoja išmokėti draudimo išmoką dėl nuostolių, susijusių su:
 - darbo netekimu;
 - pajamų nepakankamumu;

- blogu oru;
- pelno (naudos) netekimu;
- tęstinėmis išlaidomis;
- nenumatytomis prekybos išlaidomis;
- rinkos vertės sumažėjimu;
- nuomos ir kitų pajamų netekimu;
- netiesioginiais prekybos nuostoliais (išskyrus anksčiau numatytus);
- kitais finansiniais nuostoliais (ne prekybos);
- kitomis finansinių nuostolių formomis.

Šios draudimo grupės draudimo rūšių objektas negali būti susijęs su bet kokios rūšies kreditu ir paskola ar jų grąžinimu.

17. **Teisinių išlaidų draudimas.** Teisinių išlaidų draudimo grupė apima draudimo rūšis, kai draudimo įmonė įsipareigoja išmokėti draudimo išmoką dėl išlaidų, susijusių su bylos nagrinėjimu.
18. **Pagalbos draudimas.** Pagalbos draudimo grupė apima draudimo rūšis, kuriomis draudimo įmonė įsipareigoja išmokėti draudimo išmoką dėl nuostolių, susijusių su patirtais sunkumais kelionėje, išvykus iš namų ar nuolatinės gyvenamosios vietos.

Kadangi ne visos ne gyvybės draudimo šakos grupės yra plačiai paplitusios, nagrinėsime tik populiariausias grupes: draudimas nuo nelaimingų atsitikimų, draudimas ligos atvejui, sausumos transporto priemonių, išskyrus geležinkelio transporto priemones, draudimas, turto draudimas, transporto priemonių valdytojų civilinės atsakomybės privalomasis draudimas.

4.3.2. Draudimas nuo nelaimingų atsitikimų

Draudimu nuo nelaimingų atsitikimų gali būti draudžiami fiziniai asmenys, taip pat įmonės gali drausti savo darbuotojus. Draudžiantis draudimu nuo nelaimingų atsitikimų draudėjas (apdraustasis) gali pasirinkti rizikas nuo kurių jis norėtų apsidrausti – mirties, darbingumo netekimas ir traumas. Ši draudimo grupė priskiriama sumų draudimui, tai reiškia, kad, atsitikus draudžiamajam įvykiui, apdraustajam (naudos gavėjui) bus išmokėta draudimo sutartyje numatyta draudimo išmoka, nepaisant, ar apdraustasis patyrė kokių nors išlaidų, susijusių su nelaimingu atsitikimu. Draudimo sutartyje gali būti nurodytos skirtingos draudimo sumos skirtingoms draudimo rizikoms. Tai reiškia, kad draudimo išmoka skaičiuojama pagal nelaimingo atsitikimo pobūdį ir traumos padarinius. Paprastai 100 proc. draudimo suma išmokama tik mirties nuo nelaimingo atsitikimo atveju, jeigu įvykis pripažįstamas draudžiamuoju. Visais kitais atvejais draudimo išmoka skaičiuojama pagal draudimo įmonės patvirtintą išmokų lentelę, kurioje nurodyti procentai nuo draudimo sumos, pagal kiekvieną traumą. Ši išmokų lentelė yra draudimo taisyklių sudėtinė dalis ir draudikas privalo pateikti ją perskaityti prieš pasirašant draudimo sutartį. Beje, nėra nustatytų reikalavimų kaip turi būti sudaroma ši lentelė, ją ruošia draudikas ir patvirtina kartu su draudimo taisyklėmis. Todėl kiekvienos draudimo įmonės išmokų lentelė skiriasi nuo kitos įmonės ir yra individuali. Draudėjas, ketindamas pasirašyti draudimo sutartį, privalo perskaityti ne tik draudimo taisykles, bet ir išmokų lentelę. Pavyzdžiui, viena draudimo įmonė savo išmokų lentelėje yra nustačiusi, kad už dilbio kaulo lūžį išmoka yra 5 proc. nuo draudimo sumos, kita – 7 proc., tai reiškia, kad, patyrus tokią pat traumą ir apsidraudus vienoda draudimo suma, draudimo išmoka skirtingose draudimo įmonėse skirsis. Draudėjams gali kilti klausimas, kodėl skirtingose draudimo įmonėse draudžiantis tokia pat draudimo suma draudimo įmoka skiriasi? Taip yra todėl, kad draudikas įvertina, kokio dydžio išmoką jam gali tekti sumokėti draudėjui (apdraustajam), ir pagal tai apskaičiuoti draudimo įmoką. Todėl yra svarbu ir draudėjui įvertinti tai, kokio dydžio išmoką jis gautų vienos ar kitos traumos atveju. Draudimo įmoka neturėtų būti pagrindiniu rodikliu, pasirenkant, kurioje draudimo įmonėje sudaryti draudimo sutartį.

Prieš sudarant draudimo nuo nelaimingų atsitikimų sutartį, draudikas vertina riziką ir tik po to apskaičiuoja draudimo įmoką. Reikia žinoti, kad draudikas didina draudimo įmoką sportininkams, vykstantiems į kalnus, nardantiems, užsiimantiems ekstremaliu sportu ir pan. Taip pat draudimo sutartyje numatyta teritorija, kurioje galioja draudimo sutartis. Visas sąlygas reikia išsiaiškinti prieš sudarant draudimo sutartį, kitu atveju draudikas turės teisę nemokėti draudimo išmokos, o įvykis bus pripažintas nedraudžiamuoju įvykiu.

Kai įmonė draudžia savo darbuotojus nuo nelaimingų atsitikimų, galioja tie patys principai kaip ir fiziniams asmenims. Draudimo įmonė gali turėti atskiras draudimo taisykles juridiniams asmenims. Draudžiant darbuotojus draudimu nuo nelaimingų atsitikimų, darbdavys gali pasirinkti draudimo apsaugos galiojimo laiką – visą parą, darbo metu, pakeliui į / iš darbo ir kt. Tai reiškia, kad įvykis bus pripažintas draudžiamuoju tik jeigu jis įvyks draudimo apsaugos galiojimo metu ir įmonė turės tai įrodančius dokumentus, pvz., nelaimingo atsitikimo darbe aktą.

Draudimo nuo nelaimingų atsitikimų grupėje, kaip ir kitose draudimo grupėse, gali būti išimčių iš standartinių sutarties sąlygų (draudimo taisyklių), tačiau, kad sąlygos galiotų, jos turi būti pasirašytos abiejų šalių – draudėjo ir draudiko.

4.3.3. Draudimas ligos atvejui

Draudimas ligos atvejui gali būti sumų draudimas ir nuostolių draudimas, tačiau ne gyvybės draudimo įmonės dažniausiai taiko draudimą ligos atvejui kaip nuostolių draudimą. Tai reiškia, kad atlyginami dėl apdraustojų sveikatos patirti nuostoliai. Aiškiausias šio draudimo pavyzdys yra medicinos išlaidų dengimas, apdraustajam susirgus ir kreipusis į medicinos įstaigą, už kurios paslaugas apdraustajam reikėjo susimokėti. Papildomai, jeigu tai numatyta draudimo taisyklėse, gali būti apmokami lovdieniai, t. y., jeigu apdraustasis ligoninėje praleido tam tikrą dienų skaičių, draudimo įmonė jam sumokės draudimo sutartyje sutartą išmoką.

Lietuvos ne gyvybės draudimo įmonės labiausiai išplėtojusios medicininių išlaidų draudimą vykstant į Europos Sąjungos ir užsienio šalis. Turint šį draudimą ir apdraustajam patyrus nelaimingą atsitikimą ar staiga susirgus kitoje šalyje, apmokamos ligoninės sąskaitos ar atlyginamos išlaidos, susijusios su sveikatos sutrikimais – vadinamasis sveikatos draudimas. Sveikatos draudimas – turtinių interesų, susijusių su fizinio asmens sveikata, draudimas, apimantis draudimą nuo nelaimingų atsitikimų ir draudimą ligos atveju. Pažymėtina, kad draudimo įmonės gali apmokėti ir repatriacijos išlaidas, lydinčio gydytojo, lydinčio asmens išlaidas kelionei ir pan., tačiau dėl to irgi yra individualios kiekvienos draudimo įmonės sąlygos ir jos turi būti aprašytos draudimo taisyklėse kaip atlygintinos išlaidos dėl ligos ar nelaimingo atsitikimo svečioje šalyje atveju. Prieš sudarant draudimo sutartį, draudėjas (ir apdraustasis) turi atskleisti informaciją, kuri gali būti reikšminga sudarant draudimo sutartį, bet reikia atkreipti dėmesį, kad atlyginamos tik su netikėta liga susijusios išlaidos. Jeigu apdraustasis į kelionę išvažiuoja sergantis, gydymo išlaidos jam nebus atlygintos, taip pat draudimo įmonė neatlygins ir planuotos operacijos užsienyje išlaidas. Draudžiantis sveikatos draudimu, kaip ir draudžiantis nuo nelaimingų atsitikimų, draudikui svarbi informacija, koks yra draudžiamąjo išvykos į kelionę tikslas. Jeigu kelionės tikslas slidinėjimas, kopimas į kalnus, nardymas ir pan., draudikas draudimo įmoką gali žymiai padidinti.

4.3.4. Sausumos transporto priemonių, išskyrus geležinkelio transporto priemones, draudimas (Kasko)

Kasko draudimas – tai viena labiausiai Lietuvoje paplitusių turto draudimo rūšių. Šia rūšimi dažniausiai draudžiami automobiliai, tačiau gali būti draudžiami ir motociklai, autobusai, vilkikai ir kt. Draudžiantis šia draudimo rūšimi, draudėjui atlyginamos išlaidos, kurios patiriamos dėl draudžia-

mojo įvykio remontuojant savo transportą. Taip pat atlyginama žala, kai transporto priemonė draudžiamojo įvykio metu yra visiškai sunaikinama, bei vagystės atveju.

Draudimo įmonės siūlo keletą draudimo variantų, todėl svarbu prieš draudžiantis su draudiku išsiaiškinti draudimo sąlygas ir išsakyti savo pageidavimus.

Dažniausiai sutinkami Kasko draudimo variantai yra šie:

- draudimas naująja verte – draudimo suma lygi naujos transporto priemonės įsigijimo vertei, padengiamos turėtos remonto išlaidos, kad būtų atkuriamas transporto priemonė nauja verte, detalėms nėra taikomas nusidėvėjimas. Draudimo įmonės draudimo taisyklėse nurodo laikotarpį, iki kada transporto priemonėms neskaičiuojamas nusidėvėjimas;
- draudimas rinkos verte – draudimo sutarties sudarymo dieną nustatoma transporto priemonės rinkos kaina ir ši kaina yra draudimo sutartyje nurodoma draudimo suma. Skaičiuojant draudimo išmoką, draudimo suma yra koreguojama, atsižvelgiant į transporto priemonės rinkos kainos pokytį;
- draudimas pastovia draudimo suma – draudimo sutarties sudarymo dieną yra nustatoma transporto priemonės rinkos kaina, kuri galioja visam draudimo sutarties galiojimo laikotarpiui. Skaičiuojant draudimo išmoką, draudimo suma nekinta;
- draudimas neatsistatančia draudimo suma – draudimo suma yra mažinama sumokėtos išmokos dydžiu. Gali būti, kad, atsitikus keliems draudžiamiesiems įvykiams draudimo sutarties galiojimo metu, bus išmokėta visa draudimo suma, nurodyta draudimo sutartyje, ir draudimo sutartis automatiškai nustos galioti;
- draudimas atsistatančia draudimo suma – draudimo suma nėra mažinama sumokėtos išmokos dydžiu, o iki sutarties galiojimo pabaigos yra tokia, kokia nurodyta draudimo sutartyje;
- remontas draudiko pasirinkimu – draudikas pasiūlo, kur remontuoti transporto priemonę arba pagal rekomenduotos remonto įmonės įkainius apskaičiuoja draudimo išmoką;
- remontas draudėjo pasirinkimu – draudėjas pats pasirenka remonto įmonę ir yra atlyginamos išlaidos, apskaičiuotos pagal tos remonto įmonės darbų įkainius;
- draudimas skaičiuojant dalių nusidėvėjimą – skaičiuojant draudimo išmoką naujoms detalėms, panaudotoms remontuojant automobilį, taikomas nusidėvėjimas. Nusidėvėjimas nėra taikomas naujiems automobiliams;
- draudimas neskaičiuojant dalių nusidėvėjimo – skaičiuojant draudimo išmoką neskaičiuojamas naujų detalių nusidėvėjimas, jeigu kanos neviršija įgalioto atstovo nustatytų kainų.

Papildomai galima drausti:

- transportavimo išlaidas – draudžiamojo įvykio metu sugadinto automobilio transportavimas iki artimiausio autoserviso ar draudėjo namų;
- gelbėjimo išlaidas – draudžiamojo įvykio metu sugadinto automobilio gelbėjimo darbai, pvz., ištraukimas iš griovio ir pan.;
- saugojimo išlaidas – draudžiamojo įvykio metu sugadinto automobilio saugojimas, kol jį galės eksploatuoti draudėjas (draudimo taisyklėse gali būti papildomų sąlygų);
- papildomą įrangą. Standartinėmis draudimo sąlygomis yra draudžiamos transporto priemonės su standartine (gamykline) įranga. Jeigu į transporto priemonę bus įmontuota papildoma įranga, pvz., magnetola, norint, kad vagystės ar sugadinimo atveju magnetola būtų drausta, ji turi būti apdrausta kaip papildoma įranga, kitu atveju draudikas neatlygins patirtos žalos;
- keleivius nuo nelaimingų atsitikimų. Draudėjui pageidaujant, gali būti apdrausti keleiviai, važiuojantys apdrausta transporto priemone ir galintys nukentėti, jeigu automobilis patirtų autoįvykį;

- pagalbą kelyje. Už papildomą draudimo įmoką arba kaip dovaną draudikas gali pasiūlyti įsigyti pagalbos kelyje draudimą, tai reiškia, kad draudėjui bus atlygintos išlaidos, susijusios su transporto priemonės remontu kelyje, degalų atvežimu ir kt.

Draudėjas, ruošdamasis drausti transporto priemonę Kasko draudimu, turėtų atkreipti dėmesį į draudimo sutarties galiojimo teritoriją bei draudimo sutartyje nurodytą besąlyginę išskaitą (franšizę). Besąlyginė išskaita (franšizė) – suma, kuria draudžiamąjį įvykiu atveju draudikas mažina mokėtiną draudimo išmoką. Todėl, jeigu transporto įmonė draudžiamąjį įvykiu metu bus nesmarkiai apgadinta, gali būti, kad draudikas neatlygins žalos (jeigu žalos dydis neviršys draudimo sutartyje nurodytos besąlyginės išskaitos).

Ketinant sudaryti draudimo sutartį svarbu teisingai nurodyti draudimo riziką, nes kitu atveju įvykis gali būti pripažintas nedraudžiamuoju. Pavyzdžiui, jeigu sudarant draudimo sutartį bus nurodyta, kad automobilis bus naudojamas ne komerciniais tikslais, o po kurio laiko su apdraustu automobiliu bus teikiamos taksi paslaugos ir automobilis patirs autoįvykį, šis įvykis gali būti pripažintas nedraudžiamuoju, nes draudimo sutarties galiojimo metu nebuvo pranešta apie draudimo rizikos padidėjimą. Taip pat svarbu atsitikus įvykiui, kurio metu apgadinta transporto priemonė, apie įvykį pranešti draudimo įmonei ir neremontuoti transporto priemonės, kol jos neapžiūrėjo draudimo įmonės ekspertai. Kitu atveju ekspertai negalės įvertinti padarytos žalos dydžio ir įvykis gali būti pripažintas nedraudžiamuoju.

4.3.5. Turto draudimas

Kalbant apie turto draudimą reikia išskirti nekilnojamojo ir kilnojamojo turto draudimą. Tiek kilnojamas, tiek nekilnojamas turtas gali būti draudžiamas:

- atkūrimo (nauja) verte – skaičiuojant draudimo išmoką naudojamos medžiagų ir paslaugų kainos, būdingos konkrečiai vietai pastatyti naujam turtui, įsigyti ar suremontuoti, naudojant naujas statybines medžiagas;
- likutine verte – skaičiuojant draudimo išmoką yra taikomas nusidėvėjimas, apskaičiuotas pagal LRV patvirtintas normas ir atsižvelgiant į pastato būklę.

Jeigu draudžiant turtą draudimo suma yra mažesnė nei turto vertė, draudžiamąjį įvykiu metu patirta ir atlyginama nuostolių dalis yra proporcinga draudimo sumos ir draudimo vertės draudžiamąjį įvykiu dieną santykiui.

Kilnojamojo turto draudimo suma gali būti nustatoma:

- pagal draudėjo užpildytą apdraustų daiktų sąrašą, kuriame draudėjas nurodo tų daiktų kainas, neviršijančias daiktų įsigijimo kainas, skaičiuojant draudimo išmoką vagystės ar visiško sunaikinimo atveju bus atlyginama turto vertė nurodyta sąrašė. Turto sugadinimo atveju apskaičiuojama išmoka atsižvelgiant į tai, ar turtas dar gali būti naudojamas, bet neviršijant apdrausto turto sąrašė nurodytos vertės;
- pagal gyvenamojo pastato plotą. Draudikas pagal nustatytą metodiką apskaičiuoja draudimo sumą ir, jeigu draudėjas apdraudžia ne mažesne suma, yra laikoma, kad turtas apdraustas visa verte. Skaičiuojant draudimo išmoką, draudikas naudoja nuostolio atlyginimo apribojimus pagal turto daiktų grupes, šie ribojimai yra nurodyti draudimo taisyklėse.

Paprastai turtas draudžiamas nuo ugnies, vandens, gamtinių jėgų ir trečiųjų asmenų veiksmų, kilnojamas turtas dar yra draudžiamas nuo vagystės. Turtas gali būti draudžiamas su besąlygine išskaita ar be jos. Jeigu turtas apdraustas su besąlygine išskaita, kiekviena išmoka yra mažinama besąlyginės išskaitos dyžiu.

Verta įsidėmėti, kad atsitikus įvykiui, kurio metu apgadintas, sunaikintas ar pavogtas turtas, apie įvykį reikia pranešti draudimo įmonei draudimo taisyklėse nustatyta tvarka. Taip pat reikia kaip tik

įmanoma gelbėti turta, stengiantis sumažinti žalą jam. Kol draudimo įmonė neapžiūrėjo įvykio vietos, nereikia imtis jokių veiksmų, kad būtų panaikinti įvykio padariniai, nes draudimo įmonės ekspertai negalės tinkamai įvertinti padarytos žalos dydžio arba įvykis gali būti pripažintas nedraudžiamuoju įvykiu.

4.3.6. Transporto priemonių valdytojų civilinės atsakomybės privalomasis draudimas

Lietuvos Respublikos teritorijoje naudojamos transporto priemonės privalo būti apdraustos transporto priemonių valdytojų civilinės atsakomybės privalomuoju draudimu. Transporto priemonė, kurios įprastinė buvimo vieta yra Lietuvos Respublikos teritorijoje, privalo būti apdrausta transporto priemonių valdytojų civilinės atsakomybės privalomuoju draudimu tol, kol ji yra įregistruota. Transporto priemonių valdytojų civilinės atsakomybės privalomojo draudimo sistemos funkcionavimo teisinius pagrindus ir principus nustato Lietuvos Respublikos transporto priemonių valdytojų civilinės atsakomybės privalomojo draudimo įstatymas. Lietuvos Respublikos draudimo priežiūros komisija 2004 m. balandžio 23 d. nutarimu N-47 yra patvirtinusi Standartinės transporto priemonių valdytojų civilinės atsakomybės privalomojo draudimo sutarties sąlygas. Tai reiškia, kad visos draudimo kompanijos, turinčio teisę vykdyti šią veiklą, draudžia vienodomis sąlygomis.

Įprastinė draudimo sutartis sudaroma, kai įprastinė transporto priemonės buvimo vieta yra Lietuvos Respublikos teritorijoje. Draudėjui pageidaujant, kad jam pagal sudarytą ar sudaromą įprastinę draudimo sutartį būtų suteikiama draudimo apsauga žaliosios kortelės sistemai priklausančiose užsienio valstybėse, draudikas draudimo sutartyje nustatytomis sąlygomis papildomai draudėjui išduoda žaliąją kortelę. Jeigu žaliojoje kortelėje nurodoma, kad ji galioja tik Europos Sąjungos valstybėse narėse ir Šveicarijos Konfederacijoje, ši žalioji kortelė draudėjui išduodama nemokamai.

Jei, pasikeitus apdraustos transporto priemonės savininkui, draudėjas perdavė naujam transporto priemonės savininkui dokumentus, patvirtinančius sudarytą draudimo sutartį, naujam transporto priemonės savininkui pereina draudėjo teisės ir pareigos pagal sudarytą draudimo sutartį. Naujas transporto priemonės savininkas, ne vėliau kaip per 15 dienų nuo nuosavybės teisės į transporto priemonę perėjimo dienos, privalo raštu pranešti draudikui apie nuosavybės teisės į transporto priemonę perėjimą, taip pat pateikti savo duomenis. Pranešus draudikui apie nuosavybės teisės į transporto priemonę perėjimą, draudikas turi teisę padidinti arba sumažinti draudimo įmoką dėl draudimo rizikos pasikeitimo, o naujas transporto priemonės savininkas turi teisę reikalauti sumažinti draudimo įmoką. Jei naujas transporto priemonės savininkas per nurodytą terminą nepranešė draudikui apie nuosavybės teisės į transporto priemonę perėjimą, draudikas gali vertinti tai kaip pareigos pranešti apie draudimo rizikos pasikeitimą nevykdymą. Tokia pati pareiga draudėjui išlieka ir pasikeitus transporto priemonės valstybiniam numeriui.

Jeigu draudimo rizika, numatyta draudimo sutartyje, padidėja ar gali padidėti draudimo sutarties galiojimo laikotarpiu, draudėjas ar apdraustasis privalo informuoti draudiką apie padidėjusią draudimo riziką. Padidėjus draudimo rizikai, draudėjas draudikui pareikalavus privalo sumokėti papildomą draudimo įmoką.

Įvykus eismo įvykiui, su juo susijęs transporto priemonės valdytojas privalo imtis visų priemonių galimai žalai sumažinti, suteikti pagalbą nukentėjusiesiems, apie įvykį pranešti policijai Kelių eismo taisyklėse nustatytais atvejais, kitiems eismo įvykio dalyviams pranešti, kurioje draudimo įmonėje apdrausta jo civilinė atsakomybė, per 3 darbo dienas nuo eismo įvykio dienos raštu pranešti draudikui, apdraudusiam jo civilinę atsakomybę, apie eismo įvykį, dėl kurio jis yra atsakingas, išskyrus atvejus, kai apie įvykį negali pranešti dėl svarbių priežasčių, taip pat pateikti draudikui eismo įvykio dalyvių pasirašytą deklaraciją. Apie eismo įvykį reikia pranešti draudikui, apdraudusiam jo civilinę atsakomybę, ir tuo atveju, kai neaišku, kuris eismo dalyvis yra dėl jo atsakingas. Kitos teisės ir

pareigos nurodytos Lietuvos Respublikos transporto priemonių valdytojų civilinės atsakomybės privalomojo draudimo įstatyme.

Jeigu kaltininkas eismo įvykio metu valdė neapdraustą transporto priemonę ir dėl eismo įvykio padaryta žala asmens sveikatai ir (ar) atimta asmens gyvybė, bet eismo įvykį sukėlusio transporto priemonė ar kaltininkas nenustatyti, o kaltininkas žalos padarymo momentu yra apsidraudęs, tačiau draudikui iškelta bankroto byla, tai išmoką nukentėjusiajam moka Lietuvos Respublikos transporto priemonių draudikų biuras (organizacija, vienijanti draudimo įmones, kurioms leidžiama Lietuvos Respublikoje vykdyti transporto priemonių valdytojų civilinės atsakomybės privalomąjį draudimą, toliau – Biuras). Minėtame įstatyme nurodyta ir daugiau atvejų, kai išmoką moka biuras.

Reikia nepamiršti, kad yra atvejų, kai draudikas nemoka draudimo išmokos, būtent:

- žala atsirado dėl karo veiksmy, dėl teroristinių išpuolių, branduolinės energijos poveikio ar nepaprastosios padėties;
- žala padaryta vežamam už užmokestį kroviniui ar bagažui, esančiam kaltininko transporto priemonėje;
- žala patiriama netekus grynųjų pinigų, bižuterijos, juvelyrinių ir meno dirbinių, vertybinių popierių, dokumentų, filatelijos, numizmatikos ar panašių rinkinių arba daiktų;
- draudikas įrodo, kad nukentėję tretieji asmenys savo noru buvo žalą padariusiojo transporto priemonėje ir žinojo, kad ši transporto priemonė pavogta;
- kitais Transporto priemonių valdytojų civilinės atsakomybės privalomojo draudimo įstatymo numatytais atvejais.

Transporto priemonių valdytojų civilinės atsakomybės privalomojo draudimo įstatymo ir Lietuvos Respublikos Vyriausybės nustatytos Žalos nustatymo ir išmokų mokėjimo tvarkos numatytais atvejais draudikas, išmokėjęs išmoką, turi teisę reikalauti sumokėtos sumos ar jos dalies grąžinimo iš atsakingo už žalą asmens ar draudėjo arba apdraustojo. Draudiko reikalaujamos grąžinti sumos dydis nustatomas atsižvelgiant į nustatytų pareigų pažeidimą, priežastinį ryšį su eismo įvykiu, dėl pažeidimo ar pareigų nevykdymo atsiradusios žalos dydį, kitas reikšmingas aplinkybes ir į Lietuvos Respublikos Vyriausybės nustatytą Žalos nustatymo ir išmokų mokėjimo tvarką.

4.3.7. Draudėjui ir draudikui pateikiama informacija

Ruošiantis sudaryti ne gyvybės draudimo sutartį, draudikas arba jo įgaliotas atstovas privalo suteikti draudėjui – fiziniam asmeniui:

- informaciją apie draudiko pavadinimą, draudiko įmonės rūšį, adresą, draudiko padalinio ar draudiko atstovo adresą (jei draudimo sutartis sudaroma ne draudiko buveinėje), iš draudimo sutarties kylančių ar su ja susijusių ginčų sprendimo tvarką, draudiko elgesį, kai draudėjas pažeidžia draudimo sutarties sąlygas, galimus draudimo rizikos padidėjimo atvejus ir kitą draudimo veiklą reglamentuojančiuose teisės aktuose nurodytą informaciją;
- informaciją apie draudimo sutarčiai taikomą teisę. Jei draudimo sutarties šalys gali laisvai pasirinkti taikomą teisę, teisę, kurią pasirinkti siūlo draudikas.

Sutarties galiojimo laikotarpiu draudikas nedelsdamas privalo pranešti ne gyvybės draudimo sutarties draudėjui – fiziniam asmeniui apie bet kokią anksčiau nurodytos informacijos pasikeitimą. Sudarius draudimo sutartį, draudėjui privalo būti išduotas draudimo liudijimas ir, jei sudaryta individuali draudimo sutartis, individualios draudimo sutarties egzempliorius. Jeigu sudarius draudimo sutartį draudėjas kreipiasi į draudiką su prašymu išduoti draudimo taisyklių ar individualios draudimo sutarties, draudimo liudijimo, draudėjo raštiško prašymo sudaryti draudimo sutartį ir kitų dokumentų, kuriais patvirtinamas draudimo sutarties sudarymas, nuorašus, draudikas privalo, kai draudėjas sumoka sutartą atlyginimą, neviršijantį dokumentų nuorašų išdavimo sąnaudų (jei atlyginimas numatytas draudimo sutartyje), išduoti draudėjui reikalaujamų dokumentų nuorašus.

Tais atvejais, kai yra galimas individualus draudimo sutarties sąlygos aptarimas, draudikas privalo pranešti draudėjui apie siūlomą draudimo sutarties sąlygą ir jos padarinius. Ši individualiai aptarta sąlyga galioja tik tuo atveju, kai draudėjas raštu patvirtina susipažinęs su ja ir raštu išreiškia sutikimą, kad sąlyga būtų draudimo sutarties dalimi.

4.4. Draudimo tarpininkai

Darius Andriukaitis

4.4.1. Draudimo tarpininkavimo veikla

Draudimo tarpininkai yra neatskiriama šiuolaikinės draudimo rinkos dalis, vieni svarbiausių šios rinkos dalyvių. Teisiniu požiūriu, draudimo tarpininkas nėra būtina grandis, kad draudimo įmonė ir norintis apsidrausti žmogus galėtų sudaryti draudimo sutartį, tačiau, viena vertus, jis padeda draudimo įmonei lengviau ir paprasčiau parduoti draudimo produktą, o, kita vertus, padeda asmeniui įsigyti draudimo paslaugą. Taigi draudimo tarpininku reikėtų laikyti fizinį ar juridinį asmenį, kuris už tam tikrą atlygį (komisinį, įprastai gaunamą iš draudimo įmonės) siekia supažindinti su galimybe sudaryti draudimo sutartį, siūlo sudaryti draudimo sutartį ar atlieka bet kokią kitą parengiamąjį darbą, kurio tikslas – sudaryti draudimo sutartį. Draudimo tarpininkas taip pat gali užsiimti pagalbine veikla administruojant ar vykdant sudarytas draudimo sutartis ar administruojant draudžiamuosius įvykius. Vien nenuolatinis informacijos draudimo klausimais teikimas vykdomas kitokią profesinę veiklą, jei tokia informacija teikiama neturint tikslo padėti sudaryti ar vykdyti draudimo sutartį, ar draudžiamųjų įvykių administravimas, vykdomas sutarties su draudimo įmone pagrindu, bei žalos ir draudimo išmokos dydžio nustatymas nelaikomi draudimo tarpininkavimo veikla.

Kadangi draudimo tarpininkai vykdo veiklą, kuri dėl savo pobūdžio gali būti reikšminga abiem draudimo sutarties šalims (pvz., draudimo tarpininkas surenka draudimo įmonei skirtas draudimo įmokas ir jų neperduoda draudimo įmonei, bankrutuoja; paprastai draudimo įmokos sumokėjimas lemia draudimo sutarties įsigaliojimą ir draudimo apsaugos teikimo pradžią), valstybė stengiasi reguliuoti draudimo tarpininkų veiklą ir nustato tam tikrus licencijavimo, finansinius, atsakomybės, organizacinius bei kitus reikalavimus.

Draudimo tarpininkai skirstomi į nepriklausomus ir priklausomus. Nepriklausomi draudimo tarpininkai Lietuvoje yra draudimo brokerių įmonės, o priklausomi draudimo tarpininkai – tai draudimo agentai ir draudimo agentų įmonės. Taip pat reikėtų paminėti, kad Draudimo įstatymas išskiria ir tokius draudimo tarpininkus, kuriems šio įstatymo normos, kurias privalo vykdyti nepriklausomi ir priklausomi draudimo tarpininkai, nėra taikomos. Iš esmės tai susiję su prekių pardavėjais, paslaugų teikėjais ir kelionių organizatoriais, kurie siūlo draudimo paslaugą kaip papildomą prie jų prekių, paslaugų ar kelionių, ir kuri atitinka minėtame įstatyme nustatytas specialias sąlygas (draudimo sutartis reikalauja tik šio asmens teikiamos draudimo apsaugos pobūdžio žinojimo; tai nėra gyvybės draudimo ar civilinės atsakomybės draudimo sutartis; metinės draudimo įmokos dydis neviršija 500 eurų ir kitos sąlygos).

Lietuvoje draudimo tarpininkavimo paslaugas gali teikti ne tik Lietuvos Respublikoje įsteigti juridiniai asmenys ir Lietuvos Respublikos piliečiai fiziniai asmenys, bet ir kitų Europos Sąjungos valstybių narių draudimo tarpininkai, kurie turi galimybę vykdyti veiklą per Lietuvoje įsteigtą savo filialą, ir teikdami paslaugas neįsisteigę Lietuvoje. Šių Europos Sąjungos draudimo tarpininkų veikla gali būti pradėta tik atlikus atitinkamas informavimo (notifikavimo) procedūras, o jų veiklai Lietuvoje taikomi analogiški reikalavimai kaip ir Lietuvos draudimo tarpininkams.

4.4.2. Nepriklausomi draudimo tarpininkai

Nepriklausomi draudimo tarpininkai (draudimo brokerių įmonės) gali teikti draudimo tarpininkavimo paslaugas tiek draudiko, tiek draudėjo, apdraustojo, naudos gavėjo ar nukentėjusio trečiojo asmens pavedimu. Iš čia kyla draudimo brokerių įmonių nepriklausomumas – galimybė sudarant ir vykdant draudimo sutartį atstovauti tiek draudikui, tiek draudėjui ar kitam asmeniui, turinčiam vienokias ar kitokias teises ir pareigas pagal draudimo sutartį. Nepaisant to, draudimo brokerių įmonės, net veikdamos draudiko pavedimu, turi absoliučią pareigą veikti paisydamos draudėjo, apdraustojo, naudos gavėjo ar nukentėjusio trečiojo asmens interesų. Tai reiškia, kad draudimo brokerių įmonė visais atvejais atlikdama draudimo tarpininkavimo veiksmus privalo siekti, kad jie kuo geriau atitiktų draudėjo ar kito minėto asmens poreikius, tikslus, būtų jam naudingi, nepažeistų jo teisių ir teisėtų interesų. Taip pat draudimo brokerių įmonė, jeigu ji veikia draudiko pavedimu, privalo pagal draudėjo poreikius sudaryti jam galimybę rinktis iš ne mažiau kaip trijų draudikų tokią pat ar panašią draudimo apsaugą siūlančių draudimo paslaugų.

Toks specifinis nepriklausomų draudimo tarpininkų veiklos pobūdis nulemia nemažai teisės aktuose nustatytų reikalavimų.

Pirma – draudimo brokerių įmonės veikla yra licencijuota. Licencijos išdavimas ir teisės aktuose nustatytų reikalavimų vykdymo priežiūra iš dalies padeda užtikrinti, kad draudimo brokerių įmonė vykdys bent minimalius finansinius, kvalifikacinius, organizacinius reikalavimus.

Licencija vykdyti draudimo brokerių įmonės veiklą gali būti išduota tik juridiniam asmeniui, kuris turi akcinės bendrovės, uždarnosios akcinės bendrovės ar Europos bendrovės teisinę formą.

Draudimo brokerių įmonė tiek licencijos išdavimo, tiek kitu savo veiklos metu privalo būti suformavusi ne mažesnę nei 15 000 eurų įstatinį kapitalą³ (nustatytu periodiškumu šis ir kai kurie kiti finansinių reikalavimų dydžiai indeksuojami atsižvelgiant į Europos vartotojų kainų indeksą) ir atitinkamo dydžio nuosavą kapitalą (ne mažiau kaip 4 proc. per finansinius metus įmonės gautų draudimo įmokų, bet ne mažesnis nei 15 000 eurų).

Kitas ne mažiau svarbus reikalavimas, padedantis užtikrinti draudimo brokerių įmonių galimų nuostolių, atsiradusių dėl jų veiklos vykdymo, atlyginimą, yra privalomas įmonės profesinės civilinės atsakomybės draudimas ne mažesnei nei 1 000 000 eurų dydžio draudimo sumai vienam draudžiamajam įvykiui ir 1 500 000 eurų draudimo sumai visiems draudžiamiesiems įvykiams per vienus metus. Ši draudimo apsauga galioja visoje Europos Sąjungos teritorijoje.

Draudimo brokerių įmonės turi teisę vykdyti tik draudimo tarpininkavimo, perdraudimo tarpininkavimo, tarpininkavimo sudarant pensijų kaupimo sutartis ir draudžiamo turto vertinimo veiklą. Kitokios veiklos vykdymas draudimo brokerių įmonėms yra draudžiamas.

Lietuvos Respublikos teisės aktai taip pat nustato nepriekaištingos reputacijos reikalavimus draudimo brokerių įmonę kontroliuojantiems asmenims, įmonės priežiūros ir valdymo organų nariams, o administracijos vadovui – dar ir kvalifikacijos bei patirties reikalavimus, kuriuos licencijos išdavimo ir įmonės veiklos metu vertina DPK.

Draudimo tarpininkavimo funkcijas draudimo brokerių įmonė gali vykdyti tik per draudimo brokerius, t. y. kiti draudimo brokerių įmonės darbuotojai negali siūlyti klientams sudaryti draudimo sutartis, rengti pasiūlymus dėl draudimo sutarčių ar atlikti kitokį parengiamąjį darbą, kuris iš esmės susijęs su supažindinimu su galimybe sudaryti draudimo sutartį. Savo ruožtu draudimo brokeriais gali būti tik tie nepriekaištingos reputacijos fiziniai asmenys, kurie išlaiko DPK organizuojamą kvalifikacinį egzaminą ir atlieka kitus įstatyme numatytus reikalavimus (įrašomas į draudimo brokerių sąrašą ir tampa Draudimo brokerių rūmų nariu). Beje, draudimo brokeris (fizinis asmuo) vienas sa-

³ Kitų rūšių akcinėms ir uždarosioms akcinėms bendrovėms užtenka turėti bent 10 000 Lt dydžio įstatinį kapitalą.

varanikiškai negali vykdyti draudimo tarpininkavimo veiklos. Jis privalo būti vienos ar kitos draudimo brokerių įmonės darbuotoju.

Dar vienas svarbus įstatyme įtvirtintas reikalavimas, padedantis apsaugoti draudimo rinkos dalyvių, turinčių reikalų su draudimo brokerių įmone, interesus, yra atskiros banko sąskaitos, į kurią pervečiamos tik draudėjų, apdraustųjų, naudos gavėjų ir nukentėjusių trečiųjų asmenų lėšos (draudimo įmokos) ir draudikų lėšos, skirtos šiems asmenims (draudimo išmokos, išperkamosios sumos, grąžinamos įmokos ir kt.) atidarymas. Lėšos šioje sąskaitoje naudojamos tik minėtų asmenų interesais ir negali būti naudojamos kitiems draudimo brokerių įmonės įsipareigojimams vykdyti (net ir draudimo brokerių įmonės bankroto atveju).

Duomenys apie Lietuvoje įsteigtas draudimo brokerių įmones (rekvizitai, administracijos vadovas, įstatinio kapitalo dydis ir kita informacija) ir draudimo brokerius pateikiami ir reguliariai atnaujinami DPK interneto tinklalapyje.

4.4.3. Priklausomi draudimo tarpininkai

Priklausomo draudimo tarpininko pagrindinis uždavinys – parduoti draudimo įmonės draudimo produktą. Taigi jis, siūlydamas draudimo sutartį ar ją sudarydamas, iš esmės atstovauja tik draudikui ir jo interesams. Tai vienas pagrindinių jo skirtumų nuo nepriklausomo draudimo tarpininko.

Priklausomais draudimo tarpininkais, kaip minėta, Lietuvoje gali būti draudimo agentų įmonės (juridiniai asmenys) ir draudimo agentai (fiziniai asmenys).

Priklausomų draudimo tarpininkų veikla nėra licencijuojama. Tam, kad priklausomas draudimo tarpininkas galėtų pradėti vykdyti draudimo tarpininkavimo veiklą, reikia, kad draudimo įmonė, kuriai tarpininkas atstovauja, įrašytų šį tarpininką į savo priklausomų draudimo tarpininkų sąrašą. Prieš įrašydama priklausomą draudimo tarpininką į savo sąrašą draudimo įmonė privalo patikrinti jo (jeigu tai juridinis asmuo – jame dirbančių asmenų, į kurių pareigas įeis draudimo tarpininkavimo funkcijos) reputaciją ir kvalifikaciją. Kiekviena draudimo įmonė skelbia savo draudimo tarpininkų sąrašą savo įmonės interneto tinklalapyje (DPK interneto tinklalapyje pateikiamos nuorodos į šiuos sąrašus).

Priklausomiems draudimo tarpininkams kaip ir nepriklausomiems draudimo tarpininkams taikomas profesinės civilinės atsakomybės draudimo reikalavimas su analogiškais draudimo sumomis. Atsižvelgiant į šių tarpininkų statuso specifišką, ši apsidraudimo pareiga gali būti pakeista kitais Draudimo įstatyme numatytais galimų nuostolių, atsiradusių dėl jų veiklos, atlyginimą užtikrinančiais būdais.

Priklausomus draudimo tarpininkus nuo nepriklausomų skiria dar ir tai, kad priklausomi tarpininkai be draudimo tarpininkavimo veiklos gali užsiimti ir kita veikla. Dažniausiai tai būna bankinė veikla, transporto priemonių pardavimas, kelionių organizavimas ir kt.

Kitas svarbus reikalavimas, kurio privalo paisyti draudimo agentų įmonės ir draudimo agentai, – uždraudimas vienu metu vykdyti draudimo tarpininkavimo veiklą dviejų ar daugiau draudikų vardu ir dėl jų interesų, jeigu ši veikla susijusi su draudimo sutartimis, kurių draudimo apsauga yra tokia pat ar panaši. Vertinant, ar draudimo sutartys suteikia tokią pat ar panašią draudimo apsaugą, reikia nustatyti, ar jos priskiriamos tai pačiai draudimo šakos draudimo grupei (draudimo nuo nelaimingų atsitikimų grupė, draudimo ligos atvejui grupė, skraidymo aparatų draudimo grupė ir t. t.). Pavyzdžiui, jei draudimo agentų įmonė „A“ parduoda draudimo įmonės „B“ turto nuo gaisro ar gamtinių jėgų draudimo sutartis, ji tuo metu negali atstovauti ir pardavinėti draudimo įmonės „C“ turto draudimo nuo gaisro ar gamtinių jėgų sutarčių. Tačiau tuo metu platinti draudimo įmonės „C“ draudimo nuo nelaimingų atsitikimų draudimo sutartis ši draudimo agentų įmonė turėtų teisę.

Svarbu įsidėmėti, kad draudimo įmokos sumokėjimas priklausomam draudimo tarpininkui prilyginamas draudimo įmokos sumokėjimui pačiam draudikui. Tai reiškia, kad visos draudimo sutarties sąlygos, kurių įsigaliojimas tiesiogiai siejamas su visos ar pirmosios draudimo įmokos sumokėjimu, įsigalioja nuo įmokos sumokėjimo priklausomam draudimo tarpininkui. O dėl išmokos mokėjimo per priklausomą draudimo tarpininką – tai išmokos išmokėjimo momentu laikomas faktinis išmokos išmokėjimas draudėjui, apdraustajam, naudos gavėjui ar trečiajam nukentėjusiam asmeniui.

4.4.4. Draudimo tarpininkų klientams teikiama informacija

Tiek priklausomi, tiek nepriklausomi draudimo tarpininkai prieš sudarydami draudimo sutartį, kaip ir draudimo įmonės, privalo suteikti draudėjui atitinkamą informaciją, susijusią su draudiku ir draudimo sutartimi, jos sąlygomis (žr. „Ne gyvybės draudimas“ ir „Gyvybės draudimas“ skyrius).

Nepaisant to, visi draudimo tarpininkai, prieš draudimo sutarties sudarymą, o jeigu būtina – ir ją keičiant, pratęsiant ar atnaujinant, privalo klientui suteikti:

- informaciją apie save: tapatybę (pavadinimas, kodas), adresą;
- informaciją apie registrus: juridinių asmenų registrą, priklausomų draudimo tarpininkų sąrašą ir būdus, kaip patikrinti įsiregistravimo faktą (pvz., nuoroda internete). Jei tarpininkas yra draudimo brokerių įmonė, turi būti nurodomas DPK interneto tinklalapis, kuriame yra paskelbtas visų draudimo brokerių įmonių sąrašas;
- informaciją apie tiesiogiai ar netiesiogiai turimas draudimo įmonės akcijas ar kitokias kapitalo dalis, kurios suteikia daugiau kaip 10 proc. balsavimo teisių ar sudaro daugiau kaip 10 proc. kapitalo;
- informaciją apie draudimo įmonės ar ją patronuojančios draudimo įmonės tiesiogiai ar netiesiogiai turimas draudimo tarpininko įmonės akcijas ar kitokias kapitalo dalis, kurios suteikia daugiau kaip 10 proc. balsavimo teisių ar sudaro daugiau kaip 10 proc. kapitalo;
- informaciją apie procedūras, kurių metu klientas ar kitas suinteresuotas asmuo gali apskųsti draudimo tarpininko veiksmus ir kreiptis dėl žalos, padarytos draudimo tarpininko veiksmais, atlyginimo neteisminiu būdu.

Prieš konkrečios draudimo sutarties sudarymą bet kuris draudimo tarpininkas turi kuo tiksliau nustatyti ir nurodyti konkretaus kliento poreikius ir reikalavimus. Taip pat draudimo tarpininkas turėtų paaiškinti pagrindines priežastis, kuriomis vadovaudamasis jis teikia klientui vieną ar kitą patarimą dėl tam tikros draudimo sutarties. Ši informacija pateikiama atsižvelgiant į siūlomą draudimo sutarties sudėtingumą.

Draudimo brokerių įmonė (nepriklausomas draudimo tarpininkas), siūlydama klientui sudaryti draudimo sutartį, be minėtos informacijos, privalo informuoti klientą apie tai, ar ji konsultuoja klientą kaip nepriklausomas draudimo tarpininkas, vykdamas draudimo tarpininkavimą kliento ar draudiko pavedimu. Jei tarpininkavimas vyksta draudiko pavedimu, klientui pareikalavus, draudimo brokerių įmonė privalo informuoti klientą apie draudikus, su kuriais jis gali bendradarbiauti ir (ar) bendradarbiauja. Beje, dar sykį verta priminti – jei draudimo brokerių įmonė veikia draudiko pavedimu, ji privalo pagal kliento poreikius sudaryti jam galimybę rinktis iš ne mažiau kaip trijų draudikų tokią pat ar panašią draudimo apsaugą siūlančių draudimo paslaugų.

Draudimo agentas ar draudimo agentų įmonė (priklausomas draudimo tarpininkas), siūlydami klientui sudaryti draudimo sutartį, be minėtos bendros informacijos, turi vadovautis pareiga informuoti klientą, kad jie išskirtinai tik su vienu ar keliais draudikais yra susieti bendradarbiavimo sutarties įsipareigojimais. Kaip ir nepriklausomas draudimo tarpininkas, draudimo agentas ar draudimo agentų įmonė kliento prašymu privalo pateikti tokių draudikų pavadinimus.

Teisės aktai leidžia draudimo tarpininkams neteikti informacijos, susijusios su tarpininku ir tarpininkavimo paslaugos pobūdžiu, jei tarpininkaujama dėl didelės rizikos draudimo sutarčių (paprastai

vartojimo sutartims nebūdingos rizikos ir apimtys: geležinkelio transporto priemonių, skraidymo aparatų, vežamų krovinių draudimai, kai draudėjo grynosios pajamos yra lygios ar viršija 12 800 000 eurų, draudėjo balanse nurodyta turto vertė yra ne mažesnė nei 6 200 000 eurų ir kt.).

Visa informacija, kurią draudimo tarpininkas privalo pateikti klientui, privalo būti aiški ir tiksli, pateikta popieriuje ar kitoje klientui priimtinoje ir prieinamoje ilgalaikio saugojimo laikmenoje (pvz., diskeliai, pastovios atminties kompaktiniai diskai (CD), universalieji skaitmeniniai (optiniai) diskai (DVD) ir pan.). Be to, minėta informacija gali būti pateikta žodžiu, jei to pareikalauja klientas ar jeigu klientui draudimo apsauga būtina nedelsiant. Šiuo atveju informacija pateikiama iškart, kai tik sudaroma draudimo sutartis.

4.5. Neteisminis vartotojų ir draudikų ginčų nagrinėjimas

Darius Andriukaitis

4.5.1. Neteisminio ginčų nagrinėjimo būdai

Siekiant efektyviau ginti bet kurių civilinių santykių dalyvių, tarp jų – ir vartotojų, interesus ir teises, valstybėje paprastai egzistuoja ne tik teisminis ginčų nagrinėjimo mechanizmas, bet ir neteisminiai (kartais vadinami alternatyviais) ginčų nagrinėjimo būdai. Alternatyvos teismo procesui būtinybė kyla dėl teismo procedūrų sudėtingumo, gremėzdiškumo, ilgos trukmės, specialių žinių ar atstovų poreikio, kreipimosi reikalavimų, finansinių bylinėjimosi išlaidų ir kitų nepatrauklių ar kartais sunkiai įvykdomų reikalavimų. Šiuo atveju neteisminis ginčų nagrinėjimas palengvina nesutariančiojo su pardavėju ar paslaugos teikėju situaciją ir leidžia jam sutaupyti laiką, pinigus ar kitus resursus. Todėl pagrindiniai reikalavimai, keliami tokioms procedūroms, yra greitumas, paprastumas ir efektyvumas.

Beje, nesutarimą, kilusį tarp vartotojo ir pardavėjo ar paslaugų teikėjo, įmanoma spręsti ir be trečiųjų asmenų įsikišimo – tarpusavio derybomis ar panašiai, tačiau šiuo atveju bus kalbama apie atvejus, kai kilusiam ginčui spręsti ginčo šalys pasitelkia trečiuosius asmenis.

Dažniausiai ne teismo keliu ginčai nagrinėjami taikinimo ir tarpininkavimo (mediacijos) būdais. Šios procedūros atskirose valstybėse gali vykti arbitražo teismuose, ombudsmeno institucijose, konkrečios rinkos srities priežiūrą vykdančiose institucijose, per pasirinktus nepriklausomus tarpininkus (mediatorius) ir kt. Lietuvoje ginčų nagrinėjimas ne teismo keliu įmanomas arbitražo teisme (tiesa, jis labiau tinka ginčams, kilusiems tarp verslo subjektų, nagrinėti), naudojantis taikinamųjų tarpininkų pagalba arba kreipiantis į atitinkamą sritį prižiūrinčią valstybinę instituciją.

Neteisminis vartotojų ginčų nagrinėjimas draudimo srityje skirtingose valstybėse irgi pasižymi schemų įvairove. Populiariausia ginčų, kylančių iš draudimo santykių, nagrinėjimo institucija – nepriklausomas subjektas, nevykdantis jokių kitų funkcijų, kaip tik ginčų nagrinėjimą. Gana dažnai tai būna draudimo ar visos finansų rinkos ombudsmenai, komisijos ar panašios institucijos, kurios būna išlaikomos iš valstybės ar (ir) rinkos dalyvių lėšų. Daugelis ginčų nagrinėjimo schemų kelia minimalius kreipimosi ir nagrinėjimo reikalavimus (pvz., ginčas turi būti kilęs ne dėl mažesnės nei nustatyto dydžio sumos, nagrinėjami tik piniginiai reikalavimai, ginčas nagrinėjamas tik vartotojo iniciatyva ir kt.). Skiriasi skirtingų procedūrų nagrinėjimo terminai, sprendimo privalomumas.

Šiuo metu Lietuvoje populiariausia ir praktiniu požiūriu efektyviausia ginčo, kilusio dėl draudimo sutarties sudarymo, vykdymo, nutraukimo ir su tuo susijusių dalykų, nagrinėjimo ne teismo keliu procedūra yra DPK ginčų tarp vartotojų ir draudikų nagrinėjimas. DPK pagrindinė funkcija yra draudimo, perdraudimo ir draudimo (perdraudimo) tarpininkavimo rinkos Lietuvoje priežiūra, kad būtų užtikrintas draudimo rinkos stabilumas, veiksmingumas ir patikimumas, taip pat draudimo paslaugų vartotojų plačiąja prasme interesų ir teisių apsauga, kurios dalis yra minėta ginčų nagrinėjimo procedūra.

4.5.2. Draudimo ginčų nagrinėjimas DPK

DPK ginčus, kylančius iš draudimo santykių, pradėjo nagrinėti 2004 m. pradžioje, įsigaliojus iš esmės naujos struktūros ir turinio Draudimo įstatymui, įtvirtinusiame ne tik Europos Sąjungos direktyvų, bet ir kitas pažangias nuostatas. Šiame įstatyme, atsižvelgiant į tai, kad tuo metu nebuvo specializuotos institucijos vartotojų ginčams su draudikais nagrinėti, ir įvertinus Europos šalių praktiką, buvo įtvirtinta neteisminė ginčų, kylančių iš draudimo teisinių santykių, tarp vartotojų ir draudikų nagrinėjimo procedūra. Šio įstatymo normų pagrindu ir atsižvelgiant į Europos Komisijos rekomendaciją dėl principų, taikomų neteisminėms institucijoms, nagrinėjančioms vartotojų ginčus (98/257/EK), patvirtintos Vartotojų ir draudikų ginčų nagrinėjimo taisyklės, nustatančios kreipimosi dėl ginčo išnagrinėjimo, ginčo nagrinėjimo, taikinimo ir sprendimų priėmimo procedūrinius reikalavimus.

Pradedant išsamiau nagrinėti DPK vykdomą ginčų nagrinėjimo procedūrą verta pasakyti, kad ši procedūra yra tik alternatyvus draudimo ginčų nagrinėjimo būdas, t. y. vartotojas, manantis, kad draudimo įmonė draudimo sutartiniuose (ar su jais susijusiuose) santykiuose pažeidė jo teises ar teisėtus interesus, gali savo pasirinkimu kreiptis į DPK arba tiesiai į teismą. DPK ginčų nagrinėjimas nėra privalomas ikiteisminis ginčo nagrinėjimo etapas. Nepaisant to, ši procedūra suteikia galimybę vartotojui greičiau ir mažesnėmis nei kreipiantis į teismą sąnaudomis gauti kompetentingos valstybės institucijos išvadą jam rūpimu ginčo klausimu.

Be to, ši procedūra labiau orientuota į vartotoją, nes inicijuoti ginčo nagrinėjimą, remiantis paprastesne nei teismo DPK procedūra, turi tik draudimo paslaugų vartotojas, o draudimo įmonė, norėdama savo iniciatyva išspręsti ginčą su draudimo paslaugų vartotoju valstybės pagalba, turėtų naudotis ne tokia paprasta, lanksčia ir brangesne teismo procedūra.

4.5.2.1. Reikalavimai kreipimuisi

Pradedant nagrinėti sąlygas, kurios turėtų būti, kad DPK galėtų teisėtai nagrinėti ginčą, kilusį iš draudimo teisinių santykių, reikėtų neužmiršti, kad DPK nagrinėja ginčus tik tarp draudimo įmonės ir vartotojo, kuris šiuo atveju gali būti tik fizinis asmuo. Beje, besikreipiančiajam dėl ginčo su draudimo įmone išnagrinėjimo nepakanka būti vien fiziniu asmeniu, jis taip pat turėtų būti (vienu iš):

1. draudėju, kuris perka draudimo paslaugą asmeniniams, šeimos ar namų ūkio poreikiams tenkinti;
2. apdraustuoju, naudos gavėju ar nukentėjusiu trečiuoju asmeniu, jei draudimo paslauga, nepaisant to, kas yra draudėjas pagal konkrečią draudimo sutartį, yra skirta jų asmeniniams ar namų ūkio poreikiams, o draudikas, sudarydamas draudimo sutartį, žinojo ar privalėjo žinoti apie draudimo paslaugos paskirtį;
3. kitu asmeniu, kurio teisės ir pareigos draudiko atžvilgiu susijusios su draudimo sutartimi, nepaisant to, kad jis nėra draudėjas, apdraustasis, naudos gavėjas ar nukentėjęs trečiasis asmuo, jeigu santykiuose su draudiku toks asmuo nesiekia tikslų, susijusių su verslu ar profesine veikla.

Taigi apibendrinant galima išskirti tris pagrindinius požymius, kurie leidžia asmeniui kreiptis į DPK dėl ginčo išnagrinėjimo: 1. tik fizinis asmuo; 2. draudimo paslauga skirta asmeniniams, šeimos ar namų ūkio poreikiams tenkinti ir nėra susijusi su verslu ar profesine veikla; 3. asmuo turi teisėtą interesą, susijusį su draudimo sutartimi (iš esmės jis turi būti draudėjas, naudos gavėjas, apdraustasis ar nukentėjęs asmuo).

Kita svarbi esminė sąlyga – ginčas turi būti kilęs iš draudimo sutarties ar su ja susijęs (pvz., draudimo įmonė atsisako mokėti draudimo išmoką, o asmuo mano, kad toks sprendimas nepagrįstas; draudimo įmonė išmokėjo draudimo išmoką, kurios dydis, asmens manymu, neatlygina visų patirtų nuostolių), o draudimo sutarčiai turėtų būti taikoma Lietuvos teisė. Visos Lietuvoje sudaromos

draudimo sutartys paprastai sudaromos remiantis Lietuvos teise, tačiau Lietuvos vartotojai, kaip Europos Sąjungos laisvos ir vieningos rinkos nariai, turi galimybę sudaryti draudimo sutartis ir su kitų valstybių draudimo įmonėmis, kurių sutartys ir taikoma teisė gali skirtis. Su šia sąlyga siejasi reikalavimas, kad ginčo draudimo sutartis būtų sudaryta tik su draudimo įmone, turinčia teisę teikti draudimo paslaugas Lietuvoje.

Dar vienas svarbus momentas, kurį besikreipiantysis turėtų žinoti, – tai siekimas ginčą, dėl kurio kreipiamasi į DPK, prieš tai taikiai raštu išspręsti su draudimo įmone. Taigi asmuo, nesutikdamas su vienokiu ar kitokiu konkrečios draudimo įmonės sprendimu, pirmiausia turėtų raštu kreiptis į tą draudimo įmonę – nurodyti su kuo ir kodėl nesutinka ir ko reikalauja (prašo). Draudimo įmonė privalo šį vartotojo kreipimąsi išnagrinėti per 30 dienų ir raštu pateikti išsamų motyvuotą atsakymą, pagrįsti jį dokumentais ir pridėti jų nuorašus. Jei šis draudimo įmonės atsakymas yra neigiamas ir galutinis, vartotojas turi 2 mėnesius, per kuriuos turėtų kreiptis į DPK dėl ginčo išnagrinėjimo. Jei nuo to laiko, kai vartotojas pateikė savo pretenziją draudimo įmonei, praėjo 2 mėnesiai ir per juos asmuo negavo jokio atsakymo iš draudimo įmonės, jis irgi įgyja teisę per 2 mėnesius nuo šio termino suėjimo kreiptis į DPK dėl to paties ginčo išnagrinėjimo.

Beje, minėtas 2 mėnesių kreipimosi į DPK terminas yra gana svarbus, nes, jį praleidęs, vartotojas nebetenka teisės kreiptis į DPK dėl to paties ginčo išnagrinėjimo, nors iš naujo atlieka tuos pačius kreipimosi į draudiką veiksmus.

Jei vartotojas vis dėlto kreipiasi į DPK prieš tai nesikreipęs, kaip nustatyta, į draudimo įmonę, DPK nenagrinėja šio ginčo ir persiunčia vartotojo kreipimąsi draudimo įmonei. Tokiu atveju, vartotojas, kaip ir asmuo, kuris tiesiai kreipėsi į draudimo įmonę, laukia galutinio draudiko atsakymo, ir, jei šis yra neigiamas, įgyja teisę per 2 mėnesius pateikti kreipimąsi DPK, o jeigu per 2 mėnesius atsakymo iš draudimo įmonės negauna, gali per 2 mėnesius pateikti kreipimąsi DPK.

Reikėtų įsidėmėti ir kitas kreipimosi sąlygas: DPK nenagrinės ginčo arba, jei nagrinėjimas jau pradėtas, jį nutrauks, jeigu šis ginčas pradėtas nagrinėti ar jau išnagrinėtas teisme, arbitraže, taikymo ar kitu alternatyviu ginčų nagrinėjimo būdu arba jeigu individualiai aptartas (neįtrauktas į draudimo taisykles) susitarimas perduoti šio ginčo sprendimą arbitražui tarpininkavimo, taikymo ar kitais alternatyviais ginčų nagrinėjimo būdais. Be abejo, jei ginčas jau buvo nagrinėtas DPK, jis iš naujo (jeigu nėra naujų reikšmingų aplinkybių) nebus nagrinėjamas.

Atlikęs minėtas procedūras vartotojas kreipiasi į DPK – užpildo rašytinę vartotojo kreipimosi formą. Ši forma neprivaloma, tačiau, jeigu ji nepildoma, vartotojo kreipimesi turi būti nurodyti:

1. vartotojo vardas, pavardė ir adresas;
2. jei vartotojui atstovaujama, vartotojo atstovo vardas, pavardė ir adresas;
3. draudiko pavadinimas;
4. vartotojo reikalavimas;
5. vartotojo reikalavimą pagrindžiančios aplinkybės;
6. pridėdamų dokumentų sąrašas;
7. vartotojo ar jo atstovo parašas.

Formuluojant kreipimąsi reikėtų stengtis aplinkybes nurodyti aiškiai ir glaustai, minėti tik tas, kurios turi reikšmę ginčo nagrinėjimui, nekartoti tų pačių dalykų. Kita vertus, nereikėtų persistengti paprastinant savo kreipimąsi, nes DPK darbuotojai bus priversti prašyti vartotojo papildomai nurodyti aplinkybes ar jas paaiškinti ir bus gaišamas ginčo nagrinėjimo laikas.

Aplinkybės turi būti pateiktos chronologiškai, nurodomos datos, adresai, kiti objektyvūs duomenys (pvz., įstaigų, institucijų pavadinimai, asmenų pavardės, automobilių registracijos numeriai ir t. t.). Pateikiant savo poziciją reikėtų ją pagrįsti argumentais, teisės aktų normomis, dokumentais, kitais įrodymais (jei yra galimybė) ir juos pridėti prie kreipimosi. Įrodymais gali būti bet kokie faktiniai duomenys, kuriais remiantis būtų įmanoma konstatuoti, kad vienokios ar kitokios aplinkybės yra

arba kad jų nėra. Įrodymais gali būti rašytiniai paaiškinimai, ekspertų išvados, valstybinių institucijų pažymos, raštai ir kiti dokumentai. Dokumentai, išduoti valstybės ir savivaldybių institucijų, parengti teisės aktų nustatyta tvarka, laikomi oficialiais rašytiniais įrodymais ir turi didesnę įrodomąją galią. Aplinkybės, nurodytos šiuose dokumentuose, laikomos visiškai įrodytomis, kol jos bus paneigtos kitais byloje esančiais, išskyrus liudytojų parodymus, įrodymais (LR CPK 197 str.).

Labai svarbu aiškiai ir glaustai išdėstyti savo reikalavimą (pvz., reikalauju išmokėti 1000 Lt draudimo išmoką ar reikalauju grąžinti draudimo įmokų likutį už nepanaudotą draudimo apsaugos laikotarpį ir t. t.).

Ginčo aplinkybių aprašymo pavyzdys

2008-04-22 sudariau namų turto draudimo sutartį su draudimo įmone „A“, kuria mano kilnojamasis turtas, be kita ko, buvo apdraustas ir nuo vagystės rizikos. 2008-06-15 grįžęs namo radau atidarytas buto duris ir pasigedau televizoriaus, kompiuterio ir kelių šviestuvų. 2008-06-16 apie įvykį pranešiau draudimo įmonei, užpildžiau jos nurodytus dokumentus. 2008-06-30 gavau pranešimą iš draudimo įmonės, kad ji minėtą įvykį pripažino nedraudžiamuoju, todėl atsisako mokėti draudimo išmoką. Šį sprendimą draudimo įmonė grindžia aplinkybe, kad mano buto durys vagystės metu nebuvo užrakintos, kaip nurodyta draudimo sutarties sąlygose. Nesutinku su tokiu draudimo įmonės sprendimu, nes savo turtą draudžiau tam, kad galėčiau jaustis saugus, ir bet kokių atveju gaučiau nuostolių atlyginimą. Reikalauju, kad draudimo įmonė išmokėtų 3000 Lt dydžio draudimo išmoką dėl minėtų daiktų vagystės.

4.5.2.2. Ginčo nagrinėjimas

DPK ginčų nagrinėjimas yra nemokamas, t. y. nėra jokio žyminio mokesčio ar užstato, kuris turėtų būti sumokėtas, kad ginčo byla būtų pradėta nagrinėti.

Ginčų nagrinėjimas DPK vyksta raštu, kiekvienai iš ginče dalyvaujančių šalių pateikiant savo paaiškinimus, prašymus, įrodymus raštu. Žodinis ginčo nagrinėjimas nėra numatytas.

Ginčai paprastai nagrinėjami lietuvių kalba, tačiau, jeigu reikia, įstatymas numato ir ginčo nagrinėjimo anglų kalba galimybę. Taigi kreipimasis į DPK, įvairūs prašymai, pridedami dokumentai turėtų būti parašyti lietuviškai arba išversti į lietuvių kalbą. Anglų kalba galėtų būti naudojama išskirtiniais atvejais, kai vartotojas nemoka lietuvių kalbos, yra užsienietis ir t. t.

Draudimo įstatymas numato, kad DPK nagrinėjamas ginčas turi būti baigtas nagrinėti per 3 mėnesius. Ypatingais atvejais, kai dėl objektyvių priežasčių, ginčo sudėtingumo, didelės apimties to padaryti neįmanoma, ginčo nagrinėjimas gali būti pratęstas dar 3 mėnesius. Akivaizdu, kad tokie terminai, palyginti su ginčais, nagrinėjamais teisme, yra daug patrauklesni vartotojui. Tačiau vartotojas visais atvejais turėtų įvertinti ginčo nagrinėjimo DPK laiką, nes, DPK nagrinėjant ginčą, ieškinio teismui senaties terminas (laikas, per kurį asmuo gali kreiptis į teismą dėl savo pažeistų teisių gynimo) nesustoja. Lėšos šioje sąskaitoje naudojamos tik minėtų asmenų interesais ir negali būti naudojamos kitiems draudimo brokerių įmonės įsipareigojimams vykdyti (net ir draudimo brokerių įmonės bankroto atveju).

Kadangi draudimo santykiams taikomas vienu metų ieškinio senaties terminas, vartotojas, ketindamas vėliau (po DPK sprendimo) dėl ginčo dalyko kreiptis į teismą, turėtų įvertinti aplinkybę, kad DPK gali ginčą nagrinėti iki 6 mėnesių, todėl turėtų iš anksto planuoti savo veiksmus.

Nagrinėdama ginčą DPK siekia, kad vartotojas ir draudimo įmonė priėtų prie abi šalis tenkinančio susitarimo ir ginčą baigtų taikiai. Be abejo, šitokia situacija įmanoma tik tada, kai vartotojo reikalavimas yra bent iš dalies pagrįstas. Atlikdama tarpininko vaidmenį DPK, jeigu yra galimybė, gali pasiūlyti ginčo šalims susitarimo būdus.

Ginčo nagrinėjimo procese vartotojas neprivalo dalyvauti – jis gali turėti atstovą. Tokiu atveju, DPK turėtų būti pateiktas atstovavimą liudijantis dokumentas – įgaliojimas (paprastai tvirtinamas notaro, išskyrus atvejus, numatytus Lietuvos Respublikos civilinio kodekso 2.138 straipsnio 2 dalyje).

Ginčai DPK nagrinėjami laikantis rungimosi principo. Šis principas reiškia, kad tiek vartotojas, tiek draudikas privalo įrodyti „savo tiesą“, pagrįsti savo teiginius, argumentus įrodymais, pateikti juos, būti aktyvūs. Jei vartotojas turi duomenų, kad draudikas turi tam tikrus įrodymus, jis gali paprašyti DPK, kad ši įpareigotą draudimo įmonę pateikti tuos įrodymus. Todėl vartotojas, ketindamas kreiptis į DPK ir norėdamas maksimaliai išnaudoti šios procedūros galimybes, turėtų iš anksto pagal galimybes pasiruošti ginčo nagrinėjimui: nuosekliai sudėlioti argumentus, jeigu yra galimybė, gauti vienas ar kitas aplinkybes įrodančius dokumentus, aiškiai suformuluoti pagrįstą reikalavimą. Vartotojas ir draudikas turi patys ginti savo poziciją, tačiau DPK vaidmuo ginčo nagrinėjimo procese nėra pasyvus, todėl ji, atsiradus objektyviai galimybei ir matydama poreikį, gali paprašyti ginčo šalių pateikti papildomų paaiškinimų ar įrodymų, galinčių padėti objektyviai išspręsti tarp šalių kilusį ginčą.

Vartotojas ginčo nagrinėjimo metu gali bet kada iki Priežiūros komisijos sprendimo priėmimo pakeisti savo kreipimosi dalyką (reikalavimus draudikui) ar pagrindą (aplinkybes, kuriomis vartotojas grindžia savo reikalavimą), pateikti naujų įrodymų. Nepaisant šios privilegijuotos teisės, nederėtų ja piktnaudžiauti ir pamiršti, kad kiekviena reikšmingesnė nauja aplinkybė gali keisti ginčo nagrinėjimo kryptį, apimtį, vadinas, reikės papildomo laiko naujai aplinkybei iširti. Tai pratęs ginčo nagrinėjimą, o sprendimo priėmimo metas nutols.

Nors ginčo nagrinėjimas DPK nėra baigtas, vartotojas gali kreiptis dėl to paties ginčo nagrinėjimo į teismą ar alternatyvią jam ginčo nagrinėjimo instituciją, tačiau, kaip minėta, šiuo atveju DPK bus priversta nutraukti ginčo nagrinėjimą.

Vartotojas, kurio iniciatyva DPK yra pradėjusi ginčo nagrinėjimą, neprivalo iki galo tęsti ginčo nagrinėjimo. Jis gali bet kuriuo metu be jokių neigiamų padarinių atsiimti savo reikalavimą. Atsiėmimo pagrindu gali būti bet kuri vartotojo sprendimą lemianti aplinkybė (pvz., pasiektas kompromisas su draudiku, apsisprendimas dėl ginčo nagrinėjimo kreiptis į teismą, asmeninio suinteresuotumo tęsti ginčą su draudiku praradimas ir t. t.). Apie šį savo sprendimą vartotojas, nurodydamas priežastis, turėtų raštu informuoti DPK, kuri savo ruožtu bus priversta nutraukti ginčo nagrinėjimą.

Ginčo nagrinėjimas DPK paprastai pradedamas visos informacijos ir įrodymų iš abiejų ginčo šalių surinkimu. DPK, gavusi vartotojo kreipimąsi, kreipiasi į atitinkamą draudimo įmonę su prašymu pateikti savo atsiliepimą, poziciją dėl vartotojo reikalavimo ir su juo susijusius dokumentus, įrodymus. Jeigu reikia, DPK kreipiasi į kitas kompetentingas institucijas ar įstaigas, galinčias pateikti dokumentus, informaciją ar išvadas vienu ar kitu su ginčo aplinkybėmis ir faktais susijusiu klausimu.

DPK specialistai, surinkę reikalingą informaciją, analizuoja ir vertina ją, taiko situacijai teisės aktų normas, daro išvadas. Jeigu iš surinktos medžiagos ir įrodymų galima spręsti, kad vartotojo reikalavimas bent iš dalies yra pagrįstas, DPK gali pasiūlyti ginčo šalims siekti susitarimo ir baigti ginčo nagrinėjimą. Kartu su siūlymu DPK gali pasiūlyti būdus, kaip priėti prie konkretaus susitarimo. Jei per nustatytą terminą ginčo šalims nepavyksta susitarti, DPK priima sprendimą iš esmės.

4.5.2.3. Sprendimas ir jo priėmimas

Taigi DPK turi baigti ginčo nagrinėjimą priimdama vienokį ar kitokį sprendimą (jeigu jo nagrinėjimas nesibaigia anksčiau dėl kitų priežasčių, pvz., iškeliamą byla teisme, pasiekiamas susitarimas, nebelieka ginčo objekto ir kt.). Teisės aktai numato, kad galimas vienas iš trijų sprendimo variantas:

- patenkinti vartotojo reikalavimą;
- iš dalies patenkinti vartotojo reikalavimą;
- atmesti vartotojo reikalavimą.

Pirmasis sprendimas priimamas tik tais atvejais, kai vartotojo reikalavimas yra pagrįstas visa apimtimi. Pavyzdžiui, vartotojas reikalavo 2000 Lt draudimo išmokos; iš pateiktų įrodymų matyti, kad draudikas privalo išmokėti tokio dydžio išmoką; DPK priimą sprendimą patenkinti vartotojo reikalavimą.

Sprendimas iš dalies patenkinti vartotojo reikalavimą gali būti priimamas tais atvejais, kai vartotojas pateikia daugiau nei vieną reikalavimą, iš kurių vienas būna pagrįstas, kitas – ne, arba kai vienintelis reikalavimas nėra pagrįstas visa apimtimi. Pavyzdžiui, vartotojas reikalauja pripažinti įvykį draudžiamuoju ir išmokėti jam 1500 Lt draudimo išmoką; iš pateiktų įrodymų matyti, kad draudikas nepagrįstai atsisakė pripažinti įvykį draudžiamuoju, tačiau vartotojas realiai nepatyrė 1500 Lt nuostolių, o tik 1200 Lt; DPK priima sprendimą iš dalies patenkinti vartotojo reikalavimą.

Sprendimas atmesti vartotojo reikalavimą priimamas tada, kai nenustatoma, kad vartotojo reikalavimas buvo bent iš dalies pagrįstas. Šio sprendimo priėmimą neretai lemia neteisingas vienos ar kitos sutarties sąlygos vertinimas, klaidingas aplinkybių vertinimas, įrodymų stoka ir kt. Pavyzdžiui, vartotojas reikalauja, kad draudikas išmokėtų jam draudimo išmoką dėl pavogto automobilio; vagystės metu automobilis stovėjo su neįjungta apsaugos sistema, tačiau vartotojas mano, kad tai neturėjo jokios įtakos automobilio vagystės rizikos padidėjimui; draudimo sutarties sąlygos šį įvykį traktuoja kaip nedraudžiamąjį; DPK priima sprendimą atmesti vartotojo reikalavimą.

Ruošdamasi priimti sprendimą DPK stengiasi surinkti visus ginčijamo atvejo aplinkybes pagrindžiančius dokumentus, tačiau, nepaisant to, vartotojas irgi privalo būti aktyvus ir pagal galimybes rinkti bei pateikti įrodymus DPK (minėtas rungimosi principas). Nepavykus gauti vienų ar kitų įrodymų, sprendimas priimamas pagal įrodymus, kurie sprendimo momentu yra byloje. Priimant sprendimą vertinami visi įrodymai, esantys byloje, o vienos ar kitos aplinkybės egzistavimą nulemia surinktų įrodymų kokybė, kiekis ir vertė.

Būtina neužmiršti, kad bet kuris iš trijų priimtas DPK sprendimas dėl ginčo dalyko yra tik rekomendacinis. Šis sprendimo pobūdis reiškia, kad nei draudimo įmonės, nei vartotojo jis niekuo neįpareigoja, t. y. sprendimas nesukelia jokių teisinių padarinių. Tai suteikia galimybę vartotojui, net ir neigiamo sprendimo atveju, toliau teisminiu ar kitu keliu siekti įsitikinti savo reikalavimo teisingumu. Be to, DPK priimto sprendimo dėl jo rekomendacinių savybių neįmanoma apskųsti teismui. Nepaisant to, net neprivalomas sprendimas (jeigu jo rezultatas kaip nors tenkina vartotoją) suteikia vartotojui galimybę toliau ginti savo interesus teisme ar kitoje civiliniuose ginčus nagrinėjančioje institucijoje. Atsižvelgiant į DPK vykdomas funkcijas ir kompetenciją, akivaizdu, kad šios institucijos dėl vieno ar kito sprendimo nagrinėjant ginčą naudoti argumentai, pateikti vertinimai ar padarytos išvados, gali duoti tam tikros naudos toliau nagrinėjant ginčą kitose institucijose.

Nepaisant rekomendacinio DPK sprendimo pobūdžio, vartotojo reikalavimą tenkinančio ar iš dalies tenkinančio sprendimo įvykdymas netiesiogiai garantuojamas Lietuvos Respublikos vartotojų teisių gynimo įstatyme valstybinėms ginčus nagrinėjančioms institucijoms, tarp jų ir DPK, nustatyta pareiga viešai skelbti informaciją apie nevykdomus sprendimus ir taikius ginčo šalių susitarimus. Tai reiškia, kad DPK, priėmusi sprendimą, bent iš dalies tenkinantį vartotojo reikalavimą, ar nutraukusi ginčo nagrinėjimą dėl to, kad ginčo šalys pasiekė susitarimą, privalo kontroliuoti, ar

draudikas vykdo šį sprendimą arba susitarimą, o draudikui jo nevykdant, privalo apie tai informuoti Valstybinę vartotojų teisių apsaugos tarnybą, kuri savo ruožtu šią informaciją skelbia viešai. Taigi draudikai, vengiantys negatyvios informacijos apie jų įmonę viešoje erdvėje pasirodymo, yra netiesiogiai priversti vykdyti DPK sprendimus ir susitarimus dėl ginčo nutraukimo arba, kol nepriimtas sprendimas, o situacija jiems nepalanki, ieškoti būdų, kaip eiti į kompromisą su vartotoju, kad DPK nebūtų priversta priimti vartotojo atžvilgiu teigiamo sprendimo.

Kita iš dalies draudimo įmonės drausminančia ir pasirinkimą vartotojui renkantis vieno ar kito draudiko paslaugas lengvinančia priemone galima laikyti statistinės informacijos apie ginčų ir skundų dėl draudikų veiksmų nagrinėjimą skelbimą. Šiose informacijose pateikiami tik bendri skaičiai apie ginčų ir skundų atvejus, jų nagrinėjimo rezultatus, vis dėlto iš jų vartotojas gali susidaryti vaizdą apie draudimo sutarčių sudarymo, vykdymo ir draudžiamųjų įvykių administravimo situaciją konkrečioje draudimo įmonėje. Be abejo, tokių duomenų analizė turi būti objektyvi, nes, pvz., palyginti didelis ginčų ar skundų dėl vienos draudimo įmonės skaičius gali būti natūraliai nulemtas didesnio rinkoje esančių draudimo sutarčių, kurias sudarė ši draudimo įmonė, skaičiaus.

Svarbu žinoti, kad kitokios informacijos apie DPK ginčų nagrinėjimą ar priimtus sprendimus viešas skelbimas teisės aktais nėra numatytas. Todėl, vadovaujantis Lietuvos Respublikos asmens duomenų teisinės apsaugos įstatyme nustatytais principais, konkrečios DPK nagrinėtos ginčo bylos medžiaga gali būti prieinama tik ginčo šalims arba institucijoms, kurios įstatymų nustatyta tvarka turi teisę šią informaciją gauti.

