



Latvijas Republikas Senāts

SPRIEDUMS

Rīgā 2025. gada 10. jūnijā

Senāts šādā sastāvā: senators referents Kaspars Balodis, senatori Intars Bisters un Erlens Kalniņš

izskatīja rakstveida procesā civillietu /Persona D/ prasībā pret AAS „BTA Baltic Insurance Company” par apdrošināšanas noteikumu atzīšanu par spēkā neesošiem daļā un apdrošināšanas atlīdzības piedziņu sakarā ar /Persona D/ un AAS „BTA Baltic Insurance Company” kasācijas sūdzībām par Latgales apgabaltiesas 2023. gada 7. februāra spriedumu, kā arī AAS „BTA Baltic Insurance Company” kasācijas sūdzību par Latgales apgabaltiesas 2023. gada 4. decembra papildspriedumu.

Aprakstošā daļa

/Persona E/ 2019. gada 8. martā noslēdza ceļojumu apdrošināšanas līgumu (turpmāk arī – apdrošināšanas līgums) ar AAS „BTA Baltic Insurance Company”, kurā /Persona D/ norādīta kā apdrošinātā. Līguma darbības laiks noteikts no 2019. gada 8. marta līdz 2019. gada 18. martam. /Persona D/ civiltiesiskā atbildība apdrošināta par 30 000 EUR. Ceļojumu apdrošināšanas polisē norādīts, ka apdrošināšanas līgums noslēgts saskaņā ar AAS „BTA Baltic Insurance Company” Ceļojumu risku apdrošināšanas noteikumiem Nr. 15-1 (turpmāk – Apdrošināšanas noteikumi) un Vispārējiem apdrošināšanas noteikumiem Nr. 3 (turpmāk – Vispārējie apdrošināšanas noteikumi). Apdrošināšanas polisē tāpat noteikts, ka Apdrošināšanas noteikumi ir apdrošināšanas līguma neatņemama sastāvdaļa.

Austrijā slēpošanas trasē 2019. gada 10. martā notika sadursme starp /Persona D/ un Vācijas pilsoni /Persona F/ (turpmāk arī – cietusī persona, cietušais), kurš guva smagu ievainojumu.

/Persona D/ 2019. gada 11. martā nosūtīja apdrošinātājam AAS „BTA Baltic Insurance Company” vēstuli, aprakstot negadījuma apstākļus. AAS „BTA Baltic Insurance Company” 2019. gada 12. martā elektroniskā atbildes vēstulē informēja prasītāju, ka ir reģistrēta atlīdzības lieta Nr. /numurs//, lūdzot iesniegt trešās personas prasību par zaudējumu atlīdzināšanu, tiesībsargājošo iestāžu apliecinājumu, liecinieku liecības un citus dokumentus, kas apliecina negadījuma iestāšanos. /Persona D/ sniedza atbildi, ka pagaidām viņas rīcībā šādu dokumentu nav. AAS „BTA Baltic Insurance Company” 2019. gada 25. aprīlī informēja /Persona D/ par atlīdzības lietas slēgšanu.

/Persona F/ darba devējs 2019. gada 26. novembrī nosūtīja /Persona D/ vēstuli par darba devējam radīto darba algas izmaksu 3260,16 EUR apmērā kompensēšanu. Savukārt /Persona F/ apdrošinātājs „HUK-COBURG” 2020. gada 30. jūnijā nosūtīja /Persona D/ regresa prasījumu par medicīnisko izdevumu 2940,38 EUR apmērā atlīdzināšanu. /Persona F/ 2020. gada 14. aprīlī Insbrukas apgabaltiesā, Austrijā, cēla prasību pret /Persona D/, lūdzot piedzīt no viņas 22 072,03 EUR, kas ir negadījuma rezultātā viņam radītie zaudējumi.

Par cietušā pieteiktajiem prasījumiem /Persona D/ ziņoja AAS „BTA Baltic Insurance Company”. Tā atteicās izmaksāt apdrošināšanas atlīdzību, pamatojoties uz Apdrošināšanas noteikumu 13. punktu. Atbilstoši minētajā punktā noteiktajam apdrošinātais risks ir darbība vai bezdarbība ceļojuma laikā, kā rezultātā trešajai personai nodarīti miesas bojājumi vai bojāta trešajai personai piederošā manta, ja trešās persona prasība par zaudējumu atlīdzību rakstiski iesniegta apdrošināšanas periodā vai 30 (trīsdesmit) dienu laikā pēc apdrošināšanas perioda pēdējās dienas.

[2/Persona D/ 2020. gada 22. oktobrī cēlusi tiesā prasību pret AAS „BTA Baltic Insurance Company” par apdrošināšanas noteikumu atzīšanu par spēkā neesošiem daļā un apdrošināšanas atlīdzības piedziņu, lūdzot: 1) atzīt par netaisnīgu un spēkā neesošu Apdrošināšanas noteikumu 13. punkta daļu („[...] ja trešās personas prasība par zaudējumu atlīdzību rakstiski iesniegta apdrošināšanas periodā vai 30 (trīsdesmit) dienu laikā pēc apdrošināšanas perioda pēdējās dienas [...]”); 2) piedzīt no AAS „BTA Baltic Insurance Company” /Persona D/ labā apdrošināšanas atlīdzību 28 272,57 EUR.

Prasītāja norādījusi, ka viņai pieteikto zaudējumu atlīdzināšanas prasījumu kopējā summa ir 28 272,57 EUR, ko veido: 1) /Persona F/ darba devēja prasījums par radīto darba algas izmaksu 3260,16 EUR apmērā kompensēšanu; 2) /Persona F/ apdrošinātāja „HUK-COBURG” regresa prasījums par medicīnisko izdevumu 2940,38 EUR apmērā kompensēšanu; 3) /Persona F/ prasība Insbrukas apgabaltiesā par 22 072,03 EUR piedziņu.

Apdrošināšanas noteikumu 13. punkts, uz kura pamata AAS „BTA Baltic Insurance Company” atteikusies prasītājai izmaksāt apdrošināšanas atlīdzību, ir netaisnīgs un pretrunā Patērētāju tiesību aizsardzības likuma 5. panta otrās daļas 5. punktam. Minētajā punktā ietvertā nosacījuma izpilde atkarīga nevis no apdrošinātās, bet gan no cietušās (trešās) personas rīcības, kuru turklāt var ietekmēt dažādi no apdrošinātā gribas neatkarīgi apstākļi. Apstrīdētais noteikums neatbilst labticīguma prasībām un rada būtisku neatbilstību pušu tiesībās un pienākumos. Tādēļ tas atzīstams par netaisnīgu līguma noteikumu.

Prasība pamatota ar Civillikuma 1. pantu, Patērētāju tiesību aizsardzības likuma 5. panta pirmo daļu un otrās daļas 5. punktu, 6. panta pirmo, trešo un astoto daļu.

[3] Ar Rīgas pilsētas Vidzemes priekšpilsētas tiesas 2021. gada 28. aprīļa spriedumu un Latgales apgabaltiesas 2022. gada 10. februāra spriedumu prasība pilnībā noraidīta.

Latgales apgabaltiesas 2022. gada 10. februāra spriedumā norādīti šādi argumenti.

[3.1] Apdrošinājuma ņēmējs ar apdrošināšanas prēmijas samaksu apliecināja, ka ar Apdrošināšanas noteikumiem un polisē minētajiem individuālajiem nosacījumiem ir iepazinies, tie viņam ir saprotami un pieņemami. Atbilstoši Civillikuma 1431. un 1587. pantam šādos apstākļos nav pamata uzskatīt, ka līguma noteikumi netika apspriesti un saskaņoti. Prasībā norādītais līguma nosacījums ir formulēts vienkāršā un saprotamā valodā.

[3.2] Apdrošināšanas līguma likuma 49. pants, kurā regulēta zaudējumu atlīdzināšana pēc apdrošināšanas perioda beigām, neierobežo termiņu trešās personas prasības iesniegšanai pret apdrošināto personu. Minēto termiņu apdrošinātājs tādēļ var noteikt jebkādu, un pakļaut to negodīguma vērtējumam nav tiesiska pamata. Konkrētajā gadījumā vienošanās bija panākta nevis par jebkuru prasītājas nodarīto zaudējumu atlīdzināšanu trešajai personai, bet tikai par tādu trešo personu zaudējumiem, par kuriem pretenzija iesniegta apdrošināšanas periodā vai 30 dienu laikā pēc tā beigām.

1993. gada 5. aprīļa Direktīvas 93/13/EEK par negodīgiem noteikumiem patērētāju līgumos (turpmāk – Direktīva 93/13/EEK) preambulā skaidrots, ka apdrošināšanas līguma nosacījumus, kas skaidri nosaka vai ierobežo apdrošināto risku un apdrošinātāja atbildību, nevajadzētu pakļaut negodīguma novērtējumam, jo šos ierobežojumus ņem vērā, aprēķinot prēmiju, kuru maksā patērētājs.

Savukārt Patērētāju tiesību aizsardzības likuma 6. panta 2.2 daļā noteikts, ka netaisnīgi līguma noteikumi neattiecas uz tādiem līguma noteikumiem, kas definē līguma priekšmetu un cenu vai atlīdzības atbilstību precei vai pakalpojumam, ja tie ir formulēti vienkāršā un saprotamā valodā. Konkrētajā gadījumā apdrošināšanas līguma noteikumos skaidri noteikts, kas tiek apdrošināts, kā arī norādīti gadījumi, kad apdrošināšanas atlīdzība netiek

izmaksāta. Tādēļ attiecīgie apdrošināšanas līguma noteikumi nav pakļaujami netaisnīguma vērtējumam. Tie veido apdrošināšanas līguma galveno priekšmetu, par kuru arī ir noteikta apdrošināšanas prēmija.

[3.3] Nav pierādīta prasība daļā par piedzenamās kompensācijas apmēru. Austrijas tiesā ierosinātā tiesvedība nav noslēgusies ar spēkā esošu spriedumu par zaudējumu atlīdzības piedziņu no prasītājas. Tāpat nav ziņu, ka prasītāja būtu labprātīgi atmaksājusi izdevumus cietušā darba devējam vai apdrošinātājam.

[4] /Ar Senāta 2023./ gada 23. marta spriedumu Latgales apgabaltiesas 2022. gada 10. februāra spriedums atcelts, nododot lietu jaunai izskatīšanai.

Senāta spriedumā norādīti šādi argumenti.

[4.1] Patērētāju tiesību aizsardzības likuma 6. panta pirmā daļa noteic, ka pakalpojuma sniedzējs iepriekš sagatavotos līguma projektos nedrīkst piedāvāt tādus līguma noteikumus, kas ir pretrunā ar līgumslēdzēju pušu tiesiskās vienlīdzības principu, šo likumu un citiem normatīvajiem aktiem. Atbilstoši minētā likuma 6. panta 2.2 daļai šā panta noteikumi neattiecas uz tādiem līguma noteikumiem, kas definē līguma priekšmetu un cenu vai atlīdzības atbilstību precei vai pakalpojumam, ja tie formulēti vienkāršā un saprotamā valodā.

Patērētāju tiesību aizsardzības likuma 6. panta 2.2 daļas norma likumā tika iestrādāta ar šā likuma 2024. gada 24. aprīļa grozījumiem, un tajā transponēts Direktīvas 93/13/EEK 4. panta 2. punkts. Līdz ar to, iztulkojot Patērētāju tiesību aizsardzības likuma 6. panta 2.2 daļā ietvertu jēdzienu „līguma priekšmets”, tiesai jāņem vērā Direktīvā 93/13/EEK minētā jēdziena „līguma priekšmets” iztulkojums.

Nonākot pie secinājuma, ka attiecīgais noteikums pieder pie noslēgtā līguma priekšmeta būtības, proti, ir tā būtiska sastāvdaļa, papildus jāpārbauda, vai tas ir formulēts vienkārši un saprotami, tostarp, vai, slēdzot līgumu, patērētājs bija spējīgs, pamatojoties uz precīziem un saprotamiem kritērijiem, novērtēt tās ekonomiskās sekas, kas uz viņu tiks attiecinātas. Respektīvi, tiesai jānoskaidro, vai apdrošinātā persona spēja apzināties, ka, samaksājot apdrošināšanas prēmiju par civiltiesisko atbildību gadījumos, kad trešajai personai nodarīti miesas bojājumi vai bojāta tās manta, apdrošināšanas atlīdzības izmaksa būs pilnībā atkarīga no cietušās personas rīcības, kuru apdrošinātā persona nekontrolē – zaudējumu atlīdzības prasības iesniegšanas 30 dienu laikā pēc apdrošināšanas perioda beigām. Turklāt tiesai jāvērtē arī tas, vai vispār un kādu tieši informāciju pakalpojuma sniedzējs (apdrošinātājs) ir sniedzis patērētājam, apspriežot apstrīdēto līguma noteikumu.

[4.2] Nevar piekrist pārsūdzētajā spriedumā norādītajam, ka noteikumus, kas skaidri nosaka vai ierobežo apdrošināto risku un apdrošinātāja atbildību, nevajadzētu pakļaut negodīguma novērtējumam tā iemesla dēļ, ka šos ierobežojumus ņem vērā, aprēķinot prēmiju, kuru maksā patērētājs.

Pirmkārt, pienācīgi neanalizējot pušu slēgtā līguma priekšmeta un strīdus noteikumu būtību, nav iespējams nonākt pie secinājuma, ka ar apstrīdēto noteikumu apdrošināšanas risks un apdrošinātāja atbildība līgumā vispār tikusi ierobežota.

Otrkārt, tiesai nebija pamata atsaukties uz apdrošināšanas prēmijas apmēru, spriedumā nemotivējot, kā trešās personas iespējamā rīcība, iesniedzot vai neiesniedzot zaudējumu atlīdzības prasību 30 dienu laikā pēc apdrošināšanas perioda beigām, ietekmējusi minētās prēmijas apmēru, proti, vai prēmija aprēķināta, rēķinoties ar prasības iesniegšanu 30 dienu termiņā vai ne.

Treškārt, konkrētajā lietā nav pamata runāt par apdrošināto risku ierobežojumiem jeb izņēmumiem. Apdrošinātais risks saskaņā ar Apdrošināšanas līguma likuma 1. panta 13. punktu ir apdrošināšanas līgumā paredzēts no apdrošinātā gribas neatkarīgs notikums, kura iestāšanās iespējama nākotnē. Lietā nav strīda, ka risks, kas iestājās konkrētajā gadījumā, proti, zaudējumu nodarīšana trešajai personai slēgtā slēpošanas trasē, bija apdrošināts.

[4.3] Lietā cita starpā apsverams, vai vispār ir saprātīgi un ticami sagaidīt, ka cietusī persona pieteiks zaudējumu atlīdzību 30 dienu laikā no negadījuma dienas, ņemot vērā to, kāda veida un smaguma traumas var un arī tiek nodarītas slēpojot un snovojot. Jāņem vērā, ka cietušās personas prasības tiesības pret apdrošināto vainīgo personu ar līguma termiņu nav aprobežotas – tās pakļaujas vien likumā noteiktajam 10 gadu noilguma termiņam, un apdrošināšanas līguma noteikumi viņai nav saistoši. Līdz ar to Apdrošināšanas noteikumu 13. punkta, tostarp

tajā noteiktā 30 dienu termiņā, taisnīguma vērtējums Patērētāju tiesību aizsardzības likuma normu kontekstā izdarāms, ņemot vērā samērīgumu un dzīvē gūtos novērojumus.

[4.4] Izšķirot strīdu, tiesa izvērtē līguma noteikumus un attiecībā uz patērētāju līgumā ietvertos netaisnīgos noteikumus nepiemēro (Patērētāju tiesību aizsardzības likuma 6. panta vienpadsmitā daļa). Līdz ar to, nonākot pie secinājuma, ka Patērētāju tiesību aizsardzības likuma izpratnē /Persona D/ apstrīdētais Apdrošināšanas noteikumu 13. punktā ietvertais noteikums attiecībā uz trešajām personām paredzēto termiņu zaudējumu atlīdzības prasības iesniegšanai uzskatāms par netaisnīgu, tiesai jāvērtē, vai konkrētajos apstākļos apdrošināšanas līgums var pastāvēt neatkarīgi no tā.

[4.5] Nevar piekrist pārsūdzētajā spriedumā izteiktajai atziņai, ka patstāvīgs pamats /Persona D/ prasības par apdrošināšanas atlīdzības piedziņu noraidīšanai ir apstākļi, ka lietā nav nosakāms zaudējumu apmērs, jo prasītāja nav atlīdzinājusi trešajai personai nodarītos zaudējumus, turklāt tiesai nav ziņu, ka Austrijā celtā prasība būtu pilnībā vai daļēji apmierināta un šis spriedums būtu izpildīts Latvijā.

Apdrošināšanas līguma likuma 52. panta pirmā daļa nosaka apdrošinātāja pienākumu saskaņā ar apdrošināšanas līguma noteikumiem izmaksāt apdrošināšanas atlīdzību trešajai personai vai apdrošinātajam, ja apdrošinātais ir atlīdzinājis zaudējumus trešajai personai, un šī atlīdzība nedrīkst pārsniegt apdrošināšanas līgumā noteikto atbildības limitu. Minētā likuma 51. panta pirmā daļa tajā pašā laikā paredz aizliegumu apdrošinātajam atlīdzināt trešajai personai tās izdevumus bez apdrošinātāja piekrišanas, nosakot, ka šādi radītie izdevumi apdrošinātajam nav saistoši.

Savukārt atbilstoši Apdrošināšanas noteikumu 16.1.3. punktā noteiktajam trešo personu prasību neatzīšana vai neapmierināšana bez apdrošinātāja piekrišanas izvirzīta kā priekšnoteikums apdrošināšanas atlīdzības izmaksāšanai. Līdz ar to situācijā, kad vienlaikus ar apdrošināšanas atlīdzības piedziņu pastāv strīds par apdrošināšanas līguma noteikumu spēkā esību, no kuriem atkarīgs apdrošinātāja pienākums izmaksāt apdrošināšanas atlīdzību, apdrošinātais nevar aizbildināties ar apstākli, ka apdrošinātais vēl nav sedzis cietušās personas izdevumus. Nav strīda, ka konkrētajā gadījumā apdrošinātais savu piekrišanu zaudējumu atlīdzināšanai nav devis. Šādos apstākļos tiesai ir pienākums vērtēt, vai apdrošinātās personas celtajā prasībā norādītā prasības summa ir pamatota un pierādīta, proti, vai personai pastāv saistošs pienākums attiecīgos izdevumus atlīdzināt.

[5] Izskatījusi lietu atkārtoti, Latgales apgabaltiesa ar 2023. gada 7. septembra spriedumu (turpmāk arī – spriedums) prasību apmierinājusi daļēji. Tiesa nospriedusi: 1) piedzīt no AAS „BTA Baltic Insurance Company” /Persona D/ labā apdrošināšanas atlīdzību 5232,19 EUR; 2) noraidīt prasību daļā par apdrošināšanas atlīdzības 5540,38 EUR piedziņu; 3) izbeigt tiesvedību daļā par apdrošināšanas atlīdzības 17 500 EUR piedziņu.

Spriedumā norādīti šādi argumenti.

[5.1] Prasītāja atteikusies no prasības daļā par apdrošināšanas atlīdzības 17 500 EUR piedziņu, jo ar Insbrukas apgabaltiesas 2022. gada 20. decembra spriedumu cietušās personas prasība pret /Persona D/ par zaudējumu piedziņu šajā apmērā noraidīta. Sakarā ar prasītājas atteikšanos no prasījuma par apdrošināšanas atlīdzības 17 500 EUR piedziņu tiesa šajā daļā, pamatojoties uz Civilprocesa likuma 223. panta 4. punktu, izbeidz tiesvedību lietā.

Līdz ar to tiesa izskata prasījumu par apdrošināšanas atlīdzības 10 772,57 EUR piedziņu – 1) /Persona F/ darba devēja prasījums par radīto darba algas izmaksu 3260,16 EUR apmērā kompensēšanu; 2) /Persona F/ apdrošinātāja „HUK-COBURG” regresa prasījums par medicīnisko izdevumu 2940,38 EUR apmērā kompensēšanu; 3) ar Insbrukas apgabaltiesas 2022. gada 20. decembra spriedumu no /Persona D/ /Persona F/ labā piedzītā kompensācija par nodarīto kaitējumu 4572,03 EUR –, kā arī prasījumu par Apdrošināšanas noteikumu 13. punkta daļas atzīšanu par netaisnīgu un spēkā neesošu.

[5.2] Par pamatotu atzīstams prasījums par Apdrošināšanas noteikumu 13. punkta daļas („[...] ja trešās personas prasība par zaudējumu atlīdzību rakstiski iesniegta apdrošināšanas periodā vai 30 (trīsdesmit) dienu laikā pēc apdrošināšanas perioda pēdējās dienas [...]”) atzīšanu par netaisnīgu. Ir pamatots arguments, ka minētais Apdrošināšanas noteikumu 13. punkta noteikums atzīstams par neapsriestu, jo tas ir iepriekš sagatavota tipveida līguma noteikums, kura saturu prasītājai nebija iespējams ietekmēt.

Apdrošināšanas noteikumu 13. punktā noteiktais 30 dienu termiņš cietušās personas zaudējumu atlīdzības pieteikšanai nav saprātīgs, jo nav ticami sagaidīt, ka cietusī persona pieteiks zaudējumu atlīdzību tik īsā termiņā. Turklāt jāņem vērā, ka cietušās personas prasības tiesības pret apdrošināto vainīgo personu ar līguma termiņu nav ierobežotas – tās pakļaujas vien likumā noteiktajam 10 gadu noilguma termiņam, un apdrošināšanas līguma noteikumi šai personai nav saistoši. Šādu apsvērumu dēļ atzīstams, ka strīdus noteikums ir pretrunā apdrošināšanas līguma mērķim un jēgai, jo padara apdrošināšanu par bezjēdzīgu un līgumu par faktiski neizpildāmu no apdrošinātā puses. Līdz ar to minētais noteikums, kurš patērētāju nostāda neizdevīgā stāvoklī, ir pretrunā labticīguma prasībām un Patērētāju tiesību aizsardzības likuma 5. panta otrās daļas 5. punktam. Pamatojoties uz Patērētāju tiesību aizsardzības likuma 6. panta trešās daļas 1. punktu, tiesa atzīst šo noteikumu par netaisnīgu.

Saskaņā ar Patērētāju tiesību aizsardzības likuma 6. panta vienpadsmito daļu, izšķirot strīdu, tiesa izvērtē līguma noteikumus un līgumā ietvertos netaisnīgos noteikumus attiecībā uz patērētāju nepiemēro. Līdz ar to tiesa nepiemēro Apdrošināšanas noteikumu 13. punktā ietverto apstrīdēto nosacījumu, nevis atzīst to par spēkā neesošu. Apdrošināšanas līgums var pastāvēt neatkarīgi no strīdus noteikuma, jo tam ir papildu raksturs un tas neietilpst līguma galvenajā priekšmetā.

[5.3] Ar Insbrukas apgabaltiesas 2022. gada 20. decembra spriedumu no /Persona D/ /Persona F/ labā piedzīta kompensācija par nodarīto kaitējumu 4572,03 EUR, tostarp sāpju nauda 2500 EUR, izdevumi par palīdzību mājāsaimniecībā 280 EUR, zaudētā izpeļņa darba piespiedu kavējuma laikā 658,83 EUR, radušās izmaksas saistībā ar medikamentu iegādi 94,05 EUR, izmaksas saistībā ar sabojāto slēpošanas apģērbu 219 EUR, taksometra izdevumi 42 EUR, maksa par slēpošanas pasi 258,50 EUR, slēpošanas inventāra izmaksas 109,65 EUR, maksa par naktsmītni 410 EUR.

Atbildētājas iebildumi pret zaudējuma sakarā ar piedzīto sāpju naudu 2500 EUR atlīdzināšanu ir pamatoti, jo saskaņā ar Apdrošināšanas noteikumu 15.5. punktu nav atlīdzināms zaudējums saistībā ar morālo kaitējumu.

Turpretī nepamatoti ir iebildumi pret zaudējuma saistībā ar aprēķināto zaudēto izpeļņu darba piespiedu kavējuma laikā atlīdzināšanu. Uz šo zaudējumu nav attiecināms Apdrošināšanas noteikumu 15.2. punkts. No Insbrukas apgabaltiesas 2022. gada 20. decembra sprieduma redzams, ka piedzīta izpeļņa 658,83 EUR apmērā ir darba alga, kuru cietušais nav saņēmis sakarā ar darbnespēju prasītājas vainas dēļ.

Ievērojot iepriekš minēto, par pamatotu atzīstams /Persona D/ prasījums par apdrošināšanas atlīdzības 2072,03 EUR apmērā piedziņu, kas aprēķināma, no Insbrukas apgabaltiesas 2022. gada 20. decembra spriedumā piedzītās summas 4572,03 EUR atskaitot sāpju naudu 2500 EUR apmērā.

[5.4] Pamatots ir /Persona D/ prasījums par apdrošināšanas atlīdzības piedziņu saistībā ar /Persona F/ darba devēja prasījumu par radīto darba algas izmaksu 3260,16 EUR apmērā kompensēšanu. Šo summu veido /Persona F/ darba devēja cietušajai personai izmaksātā darba alga darbnespējas laikā 2716,80 EUR un sociālās apdrošināšanas iemaksas 543,36 EUR.

Saskaņā ar Civillikuma 1770. pantu izmaksātā darba alga darbnespējas laikā un sociālās apdrošināšanas iemaksas ir cietušās personas darba devējam radies zaudējums, jo tas, izmaksājot darba algu, nesāņēma nekādu labumu. Zaudējumus nodarīja prasītāja, jo cietušās personas darbnespēja iestājās saistībā ar traumu prasītājas vainas dēļ. Saskaņā ar Civillikuma 1775. un 1779. pantu prasītājai ir pienākums atlīdzināt minētos zaudējumus 3260,16 EUR apmērā cietušās personas darba devējam.

[5.5] Nav pamatots /Persona D/ prasījums par apdrošināšanas atlīdzības piedziņu saistībā ar /Persona F/ apdrošinātāja „HUK-COBURG” regresa prasījumu par medicīnisko izdevumu 2940,38 EUR apmērā kompensēšanu.

Saskaņā ar Apdrošināšanas līguma likuma 55. panta pirmās daļas noteikumiem veselības apdrošināšana ir personu apdrošināšanas veids. Tātad atlīdzība par medicīniskajiem pakalpojumiem izmaksāta /Persona F/ sakarā ar personu apdrošināšanu. Apdrošināšanas līguma likuma 45. panta pirmajā daļā noteikts, ka apdrošinātājam, kas izmaksājis apdrošināšanas atlīdzību, nav subrogācijas tiesību personu apdrošināšanas gadījumos. Līdz ar to /Persona D/ prasījumam par 2940,38 EUR piedziņu nav pamata.

[5.6] Atbildētājam saskaņā ar Apdrošināšanas līguma likuma 31. panta pirmo daļu un šā panta otrās daļas 3. punktu, kā arī Apdrošināšanas noteikumu 14. punktu ir pienākums atlīdzināt /Persona D/ ar Insbrukas apgabaltiesas 2022. gada 20. decembra spriedumu piedzīto apdrošināšanas atlīdzību 2072,03 EUR apmērā, kā arī /Persona F/ darba devēja cietušajai personai izmaksāto darba algu darbnespējas laikā 2716,80 EUR un sociālās apdrošināšanas iemaksas 543,36 EUR, kopā 5332,19 EUR. No šīs summas saskaņā ar Apdrošināšanas noteikumu 14.2. punktu ir atskaitāms pašrīks 100 EUR apmērā. Līdz ar to prasība par apdrošināšanas atlīdzības piedziņu ir apmierināma 5332,19 EUR apmērā.

[6] Latgales apgabaltiesa 2023. gada 4. decembrī taisījusi lietā papildspriedumu (turpmāk arī – papildspriedums), konstatējot, ka Latgales apgabaltiesas 2023. gada 7. septembra sprieduma rezolutīvajā daļā nav izlemts jautājums par Apdrošināšanas noteikumu 13. punkta daļas („[...] ja trešās personas prasība par zaudējumu atlīdzību rakstiski iesniegta apdrošināšanas periodā vai 30 (trīsdesmit) dienu laikā pēc apdrošināšanas perioda pēdējās dienas [...]”) – atzišanu par netaisnīgu un spēkā neesošu, kā arī spriedumā nav sniegts vērtējums jautājumam par izdevumu advokāta palīdzības samaksai piedziņu.

Tiesa nospriedusi atzīt par netaisnīgu un spēkā neesošu minēto Apdrošināšanas noteikumu 13. punkta nosacījumu. Tāpat tiesa atzinusi, ka prasītājam radušies izdevumi advokāta palīdzības samaksai 2900 EUR apmērā, kuri atbilstoši Civilprocesa likuma 44. panta pirmās daļas 1. punkta „e” apakšpunktam atlīdzināmi to faktiskajā apmērā 2900 EUR, jo lieta ir sarežģīta.

[7] Kasācijas sūdzību par Latgales apgabaltiesas 2023. gada 7. septembra spriedumu iesniegusi /Persona D/, pārsūdzot spriedumu daļā, ar kuru noraidīta prasība par apdrošināšanas atlīdzības 5540,38 EUR piedziņu.

Kasācijas sūdzībā norādīti šādi argumenti.

[7.1] Tiesa nepareizi piemērojusi Apdrošināšanas līguma likuma 45. panta pirmo daļu un 55. panta pirmo daļu.

Spriedumā sniegtais tiesas vērtējums tam, kādēļ noraidāma prasība daļā par apdrošināšanas atlīdzības piedziņu saistībā ar /Persona F/ apdrošinātāja „HUK-COBURG” regresa prasījumu par medicīnisko izdevumu 2940,38 EUR apmērā kompensēšanu, balstīts uz nepareizi piemērotām materiālo tiesību normām. Vācijā reģistrētā apdrošināšanas sabiedrība „HUK-COBURG” izmaksājusi minētās valsts pilsonim /Persona F/ atlīdzību 2940,38 EUR apmērā saistībā ar medicīniskajiem pakalpojumiem. Latvijas normatīvie akti starp Vācijā reģistrētiem apdrošināšanas līguma dalībniekiem nav piemērojami. Turklāt Apdrošināšanas noteikumu 14.1.1. punktā noteikts, ka civiltiesiskās atbildības apdrošināšana aptver arī zaudējumus, kas saistīti ar veselībai nodarīto kaitējumu.

[7.2] Tiesa nav norādījusi materiālo tiesību normu, uz kuras pamata noraidīta prasība daļā par sāpju naudas 2500 EUR apmērā, kas piedzīta ar Insbrukas apgabaltiesas 2022. gada 20. decembra spriedumu, atlīdzināšanu.

Tāpat no sprieduma nav skaidrs, kādēļ Insbrukas apgabaltiesas 2022. gada 20. decembra spriedumā lietoto jēdzienu „sāpju nauda” tiesa vērtējusi kā „morālo kaitējumu”. Jēdziens „sāpju nauda” apzīmē fiziskas sāpes, ko pārcietis /Persona F/. Saskaņā ar Apdrošināšanas noteikumu 14.1.1. punktu civiltiesiskās atbildības apdrošināšana aptver gadījumus, kad nodarīts kaitējums, ko pārcietusi trešā persona.

Tādējādi tiesa pārkāpusi Civilprocesa likuma 189. panta trešajā daļā un 190. panta pirmajā daļā noteiktās prasības, kuras attiecas uz tiesas pienākumu pamatot spriedumu.

[8] Kasācijas sūdzību par Latgales apgabaltiesas 2023. gada 7. septembra spriedumu iesniegusi AAS „BTA Baltic Insurance Company”, pārsūdzot spriedumu daļā, ar kuru apmierināts prasījums par apdrošināšanas atlīdzības piedziņu saistībā ar /Persona F/ darba devēja prasījumu par radīto darba algas izmaksu 3260,16 EUR apmērā kompensēšanu. Atbildētāja nepārsūdz spriedumu daļā par prasītājas labā piedzītiem 1972,03 EUR, jo šādu summu, kuru veido ar Austrijas tiesas spriedumu no prasītājas piedzītie 2072,03 EUR un no kuras atskaitīta pašriska summa 100 EUR, atbildētāja prasītājam jau samaksājusi 2023. gada 19. septembrī.

Kasācijas sūdzībā norādīti šādi argumenti.

[8.1] Kaut arī spēkā esošs tiesas spriedums par piedziņu no apdrošinātā par labu trešajai personai var būt pamatojums maksāt civiltiesiskās atbildības apdrošināšanas atlīdzību apdrošinātajam, jo saistībā ar to ir iespējama piespiedu izpilde, izmaksāt prasītājam (apdrošinātajam), nevis cietušajam (trešajai personai) šo atlīdzību tad, kad tiesvedība par trešās personas prasījumu pret apdrošināto nav pat uzsākta, ir strīdīgi.

Kā Senāts norādījis 2023. gada 23. marta spriedumā, tiesas pienākums, nonākot pie atzinuma, ka faktam par Insbrukas apgabaltiesā ierosinātās civillietas rezultātu ir izšķiroša nozīme izskatāmā strīda taisnīgā risinājumā, bija ne vien paziņot par to pusēm, bet arī apsvērt citus procesuālos risinājumus, piemēram, izskaidrot pusēm iespēju lūgt apturēt tiesvedību, iekams nav izšķirta Insbrukas apgabaltiesā ierosinātā civillietā. Izskatot lietu no jauna, minētais ārvalsts tiesas spriedums ir jau stājies spēkā. Turpretī par cietušās personas darba devēja „Nosaukums A/ prasījumu nav nedz spēkā esoša tiesas sprieduma, nedz uzsāktas tiesvedības.

Tiesa nepareizi piemērojusi Apdrošināšanas līguma likuma 52. panta pirmo daļu, kas ietverta šā likuma VIII nodaļā „Civiltiesiskās atbildības apdrošināšana”. Apdrošināšanas līguma likuma 52. panta pirmajā daļā noteikts, ka apdrošinātājs saskaņā ar Apdrošināšanas noteikumiem izmaksā apdrošināšanas atlīdzību trešai personai vai apdrošinātajam, ja apdrošinātais ir atlīdzinājis zaudējumus trešai personai. Apelācijas instances tiesa atsaukusies uz minētā likuma 51. pantu, kas aizliedz apdrošinātajam bez saskaņošanas ar apdrošinātāju apmierināt trešās personas prasījumu. Situācijā, kad šāds saskaņojums nav bijis, tiesai nebija pamata lemt, ka prasītājam ir tiesības saņemt civiltiesiskās atbildības apdrošināšanas atlīdzību.

[8.2] Spriedums nesatur nekādu cietušās personas darba devēja „Nosaukums A/” identificējošo informāciju. Pārbaudot internetā publiski pieejamo informāciju par Vācijā reģistrētām juridiskajām personām, kuru nosaukums satur vārdu /Nosaukums A/ konstatējams, ka šādas personas ir vairākas. Tāpat ne prasības pieteikumā, ne spriedumā nav informācijas, vai persona, kura parakstījusi pretenziju par izmaksātās darba algas kompensēšanu /Persona F/ slimošanas laikā, ir tiesīga rīkoties tās juridiskās personas vārdā, kura bija cietušā darba devējs.

Pieņemot, ka prasītā summa 3260,16 EUR nav domāta prasītājam, bet trešajai personai, tiesa pēc būtības piešķirusi tiesības saņemt minēto naudas summu personai, kuras pastāvēšana un tiesībspēja nav tikusi pārbaudīta. Civilprocesa likuma 427. panta pirmās daļas 4. punkts paredz, ka apelācijas instances tiesa neatkarīgi no apelācijas sūdzības motīviem ar lēmumu atceļ pirmās instances tiesas spriedumu un nosūta lietu jaunai izskatīšanai pirmās instances tiesā, ja apelācijas instances tiesa konstatē, ka tiesas spriedums piešķir tiesības vai uzliek pienākumus personai, kura nav pieaicināta lietā kā lietas dalībnieks.

[8.3] Tiesa nav pareizi noteikusi piemērojamās tiesību normas. Proti, vērtējot darba devēja prasījuma pamatotību, tiesa atsaukusies uz Civillikuma normām, kas šajā gadījumā nevar tikt piemērotas. Darba devēja prasījumam pret prasītāju piemērojamās tiesības jānosaka atbilstoši Eiropas Parlamenta un Padomes 2007. gada 11. jūlija Regulai (EK) Nr. 864/2007 par tiesību aktiem, kas piemērojami ārpuslīgumiskām saistībām (turpmāk – Roma II regula). Atbilstoši Roma II regulas 4. panta 1. punktam tiesību akti, kas piemērojami ārpuslīgumiskām saistībām, kuras izriet no neatļautas darbības, ir tās valsts tiesību akti, kurā radies kaitējums. Konkrētajā gadījumā kaitējums radies Austrijā.

[8.4] Civilprocesa likuma 189. panta trešā daļa un 190. pants noteic, ka tiesas spriedumam ir jābūt likumīgam un pamatotam. Taču tiesa nepareizi un nepilnīgi ir iztulkojusi Senāta norādes par Austrijā notikušās tiesvedības nozīmi lietā, pārkāpjot Civilprocesa likuma 476. panta pirmajā daļā noteikto.

[9] Kasācijas sūdzību par Latgales apgabaltiesas 2023. gada 4. decembra papildspriedumu (turpmāk arī – kasācijas sūdzība par papildspriedumu) iesniegusi AAS „BTA Baltic Insurance Company”. Kasācijas sūdzībā, kas nosaukta par „kasācijas sūdzības papildinājumiem par Latgales apgabaltiesas 2023. gada 4. decembra papildspriedumu civillietā Nr. C30391521”, norādīti šādi argumenti.

[9.1] Tiesa pretēji Civilprocesa likuma 476. panta pirmajā daļā noteiktajam nepareizi interpretējusi Senāta 2023. gada 23. marta spriedumā norādīto. Proti, Senāts norādījis, ka lietā jāvērtē, vai patērētājs, slēdzot līgumu, bija spējīgs, pamatojoties uz precīziem un saprotamiem kritērijiem, novērtēt tās ekonomiskās sekas, kas uz viņu tiks attiecinātas. Piemērojot Patērētāju tiesību aizsardzības likuma 6. panta 2.1 daļu, kas nosaka, ka neskaidri un neprecīzi līguma noteikumi tiek iztulkoti par labu patērētājam, tiesai bija jānonāk pie apdrošināšanas līguma noteikuma interpretācijas par labu patērētājam, nevis noteikuma atzīšanas par spēkā neesošu. Interpretējot

Apdrošināšanas noteikumu 13. punkta strīdus daļu tā, ka tas ir apdrošinātā paziņojums par gadījumu, par kuru trešā persona gatavojas iesniegt prasību pret apdrošināto, tiesību normu piemērošanas problēmjautājumi būtu atrisināti.

Aizliegums civiltiesiskās atbildības apdrošināšanas līgumā ierobežot paziņojuma iesniegšanas termiņu būtu pretējs likumdevēja gribai, jo Apdrošināšanas līguma likuma 49. pantā noteikts, ka civiltiesiskās atbildības apdrošināšanas līgumā var paredzēt, ka apdrošinātājs atlīdzina zaudējumus, kas cēloniski saistīti ar notikumu retroaktīvajā periodā vai apdrošināšanas periodā, ja trešā persona ir iesniegusi prasību pret apdrošināto par zaudējumu atlīdzināšanu apdrošināšanas līgumā noteiktajā termiņā pēc apdrošināšanas perioda beigām.

[9.2] Izdevumu apmērs advokāta palīdzības samaksai nosakāms saskaņā ar Civilprocesa normām atkarībā no prasības apmierinātās daļas. Kritērijs ir nevis prasībā uzturētās, bet gan pamatotās prasības summas apmērs, kas apstiprinājumu guvis, izskatot lietu pēc būtības. Taisot papildspriedumu, tiesa pārkāpusi Civilprocesa likuma normas, kas varēja novest pie lietas nepareizas izspriešanas.

[10] Paskaidrojumus par prasītājas /Persona D/ kasācijas sūdzību ir iesniegusi atbildētāja AAS „BTA Baltic Insurance Company”, lūdzot Latgales apgabaltiesas 2023. gada 7. septembra spriedumu prasības noraidītajā daļā atstāt negrozītu, bet prasītājas kasācijas sūdzību noraidīt.

Motīvu daļa

[11] Pārbaudījis sprieduma likumību attiecībā uz personām, kuras to pārsūdzējušas, un attiecībā uz argumentiem, kas minēti kasācijas sūdzībās, kā to nosaka Civilprocesa likuma 473. panta pirmā daļa, Senāts turpmāk norādīto iemeslu dēļ atzīst, ka spriedums atceļams prasības noraidītajā daļā, bet daļā, kurā to pārsūdzējusi atbildētāja, atstājams negrozīts. Savukārt papildspriedums atceļams daļā par izdevumu advokāta palīdzības samaksai piedziņu no atbildētājas, bet pārējā daļā atstājams negrozīts.

Par cietušās personas darba devēju un tā pieteikto prasījumu

[12] Atbildētājas kasācijas sūdzībā par Latgales apgabaltiesas 2023. gada 7. septembra spriedumu ietverti vairāki apgalvojumu formā izteikti, pēc Senāta ieskata, nepamatoti argumenti, ar kuriem kasācijas sūdzības iesniedzēja apšaubā cietušās personas /Persona F/ darba devēja /Nosaukums A/ identitāti un tā pieteiktā prasījuma pastāvēšanu.

[12.1] Pretēji kasācijas sūdzības iesniedzējas apgalvojumiem Senāta 2023. gada 23. marta spriedums nav interpretējams tā, ka izskatāmajā lietā varētu tikt vērtēta tikai tādu prasītājam pieteikto prasījumu pamatotība, kuri atzīti ar spēkā stājušos tiesas spriedumu vai par kuriem vismaz bijusi uzsākta tiesvedība. Senāts savā spriedumā ir izskaidrojis, kāda nozīme un tiesiskās sekas izskatāmajā lietā ir tam, ka Insbrukas apgabaltiesā uzsākts zaudējumu atlīdzības piedziņas process, cietušajam /Persona F/ ceļot prasību pret /Persona D/ (sk. Senāta sprieduma 10.1. un 10.2. punktu). Minētajā spriedumā nav norādīts, ka tiesa nedrīkstētu pārbaudīt arī tādu prasījumu pamatotību, kas prasītājam sakarā ar Austrijā notikušo negadījumu pieteikti ārpus minētās tiesvedības.

Līdz ar to Senāts nepiekrīt, ka tiesa, izskatot lietu no jauna, būtu pārkāpusi Civilprocesa likuma 467. panta pirmās daļas noteikumu par kasācijas instances tiesas spriedumā izteiktā likuma iztulkojuma obligātumu.

[12.2] Kasācijas sūdzības iesniedzējas apsvērumi par to, ka /Persona F/ darba devējs /Nosaukums A/ nav identificējams, tā pastāvēšana un pretenziju parakstījušās personas pārstāvības tiesības tiesvedības gaitā nav tikusi pārbaudītas, ir vērsti uz pierādījumu pārvērtēšanu, turklāt kasācijas sūdzībā nav minēta neviena tiesību norma, kuru tiesa līdz ar to būtu nepareizi piemērojusi vai pārkāpusi. Darba devēja paziņojumā jeb pretenzijā, kas sagatavota uz „/Nosaukums A/ veidlapas un kuru parakstījis minētās komercsabiedrības personāla vadītājs (Personalleitung – väcu val.), ir skaidri redzama darba devēja firma /Nosaukums A/ (sk. lietas 1. sējuma 43., 49. lapu).

No pārbaudāmā sprieduma motīviem redzams, ka tiesa, izpildot tai Civilprocesa 97. panta normās noteikto pienākumu, kā pierādījumus ir ņēmusi vērā un novērtējusi ne vien pretenziju, kuru cietušās personas darba devējs iesniedzis prasītājam, bet arī cietušās personas slimības lapu par darbnespējas periodu.

[12.3] Kasācijas sūdzības arguments, ka tiesai atbilstoši Civilprocesa likuma 427. panta pirmās daļas 4. punktam vajadzējis atcelt pirmās instances tiesas spriedumu un nosūtīt lietu jaunai izskatīšanai pirmās instances tiesā, jo tiesas spriedums piešķir tiesības darba devējam /Nosaukums A/, kas nav lietas dalībnieks, nav pamatots. Ar pirmās instances tiesas spriedumu /Persona D/ prasība tika pilnībā noraidīta tādēļ, ka nebija ievērots viņas apstrīdētais Apdrošināšanas noteikumu 13. punktā minētais 30 dienu termiņš trešās personas prasības iesniegšanai, tiesai nemaz nepievērsoties prasības pieteikumā minēto prasījumu izvērtēšanai pēc būtības.

[12.4] Tādējādi tiesa atbilstoši Civilprocesa likuma vispārīgajiem noteikumiem par pierādījumiem varēja pieņemt cietušās personas darba devēja pretenziju par cietušajam izmaksātās darba algas un ar to saistīto sociālās apdrošināšanas iemaksu atlīdzināšanu un vērtēt minētā prasījuma pamatotību prasītājas norādītās prasības summas ietvaros.

Par prasītājas tiesībām piedzīt cietušās personas darba devēja prasīto summu

[13] Atbildētājas kasācijas sūdzības argumenti par to, ka prasītājai, kurai atbildētāja nebija devusi piekrišanu atlīdzināt cietušajam zaudējumus, saskaņā ar Apdrošināšanas līguma likuma 52. panta pirmajā daļā noteikto vispār nav tiesību saņemt apdrošināšanas atlīdzību cietušās personas darba devēja „/Nosaukums A/ pretenzijā norādītās summas apmērā un šā iemesla dēļ prasība minētajā daļā bija noraidāma, pēc Senāta ieskata, ir nepamatoti.

[13.1] Apdrošināšanas līguma likuma 52. panta pirmās daļas pirmajā teikumā norādīts, ka apdrošinātājs saskaņā ar apdrošināšanas līguma noteikumiem izmaksā apdrošināšanas atlīdzību trešajai personai vai apdrošinātajam, ja apdrošinātais ir atlīdzinājis zaudējumus trešajai personai, un šī atlīdzība nedrīkst pārsniegt apdrošināšanas līgumā noteikto atbildības limitu.

Saskaņā ar Apdrošināšanas līguma likuma 51. panta pirmo daļu apdrošinātā darbības rezultātā radītie vai iespējamie izdevumi nav saistoši apdrošinātajam, ja apdrošinātais jebkādā veidā atlīdzinājis vai devis atlīdzības solījumu trešajai personai bez apdrošinātāja piekrišanas. Trešā persona civiltiesiskās atbildības apdrošināšanā atbilstoši Apdrošināšanas līguma likuma 1. panta pirmās daļas 24. punktā noteiktajam ir tāda trešā persona, kurai nodarīti zaudējumi un pienākas apdrošināšanas atlīdzība civiltiesiskās atbildības apdrošināšanā. Likumā ietvertā trešās personas definīcija gandrīz burtiski ir pārņemta atbildētājas Vispārējo apdrošināšanas noteikumu 1.5. punktā, kas noteic, ka trešā persona civiltiesiskās atbildības apdrošināšanā ir persona, kurai apdrošinātā darbības vai bezdarbības rezultātā ir nodarīti zaudējumi un saskaņā ar apdrošināšanas līguma noteikumiem pienākas apdrošināšanas atlīdzība.

Senāts 2023. gada 23. marta spriedumā, atsaucoties uz Apdrošināšanas līguma likuma 52. panta pirmo daļu un 51. panta pirmo daļu, kā arī uz Apdrošināšanas noteikumu 16.1.3. punktu, kas satura ziņā ir līdzīgs Apdrošināšanas līguma likuma 51. panta pirmajā daļā noteiktajam, atzinis, ka situācijā, kad vienlaikus ar apdrošināšanas atlīdzības piedziņu pastāv strīds par tāda apdrošināšanas līgumā ietverta noteikuma spēkā esību, no kura atkarīgs apdrošinātāja pienākums izmaksāt apdrošināšanas atlīdzību, apdrošinātājs nevar aizbildināties ar apstākli, ka apdrošinātais vēl nav sedzis cietušās personas izdevumus. Tā kā konkrētajā gadījumā apdrošinātājs savu piekrišanu zaudējumu atlīdzībai nav devis, tiesas pienākums ir vērtēt, vai apdrošinātās personas celtajā prasībā norādītā prasības summa ir pamatota un pierādīta, proti, vai personai pastāv saistošs pienākums attiecīgos izdevumus atlīdzināt (sk. *Senāta sprieduma 10.1. punktu*). Tiesa, nesniedzot Apdrošināšanas līguma likuma normu satura patstāvīgu analīzi, taču atsaucoties uz minēto Senāta atziņu, atzinusi par nepamatotu atbildētājas iebildumu, ka prasība ir noraidāma saskaņā ar Apdrošināšanas līguma likuma 52. panta pirmo daļu. Tomēr kasācijas sūdzības iesniedzēja norāda, ka tiesa nav ņēmusi vērā Apdrošināšanas līguma likuma 52. panta pirmajā daļā noteikto.

Līdz ar to Senātam jāpārbauda, vai Apdrošināšanas līguma likuma 52. panta pirmās daļas pirmā teikuma nosacījums par to, ka apdrošināšanas atlīdzība apdrošinātajam izmaksājama, ja apdrošinātais ir atlīdzinājis zaudējumus trešajai personai (cietušajam), ir tāds ierobežojums, kas liedz prasītājai piedzīt apdrošināšanas atlīdzību no atbildētājas.

[13.2] Kā secināms no kasācijas sūdzības, tad pēc atbildētājas domām apdrošinātāja pienākums izmaksāt atlīdzību apdrošinātajam civiltiesiskās atbildības apdrošināšanā iestājas vienīgi tad, ja cietušais pirms tam no apdrošinātā, kuram apdrošinātājs devis piekrišanu, saņēmis zaudējumu atlīdzību. Kasācijas sūdzības iesniedzēja

faktiski apšaubā, vai prasītājam konkrētajos apstākļos ir prasības tiesība. Šādai Apdrošināšanas līguma likumā ietvertā normatīvā regulējuma sašaurinātai izpratnei nevar piekrist, jo tā ne vien būtu pretrunā apdrošināšanas jēgai, bet arī pavērtu negodprātīgam apdrošinātājam iespēju atteikties dot piekrišanu un, aizbildinoties ar tās neesību, neizmaksāt apdrošināšanas atlīdzību apdrošinātajam pat tad, ja pēdējais būtu gatavs no saviem līdzekļiem atlīdzināt zaudējumus trešajai personai.

Norādāms, ka pašam cietušajam jeb trešajai personai saskaņā ar Apdrošināšanas līguma likuma 53. pantu ir tiesības celt prasību tieši pret apdrošinātāju tikai tad, ja šādas tiesības šai personai ir īpaši paredzētas normatīvajos aktos. Jau likuma „Par apdrošināšanas līgumu”, kurš zaudēja spēku 2018. gada 1. jūnijā un kurā trešās personas un tiešās prasības regulējums bija līdzīgs atbilstošajām Apdrošināšanas līguma likuma normām, spēkā esības laikā tiesību doktrīnā tika uzsvērts, ka tiešās prasības institūta piemērošana iespējama vienīgi tad, ja citos likumos, piemēram, Sauszemes transportlīdzekļu īpašnieku civiltiesiskās atbildības obligātās apdrošināšanas likumā, ietvertās speciālās tiesību normas paredz cietušajam šādu prasības tiesību (sk. *Mantrovs V. Apdrošināšanas tiesības. Rīga: LU Akadēmiskais apgāds, 2018, 191. lpp.*).

Minētā pieeja tiešās prasības regulējumam Apdrošināšanas līguma likumā, pēc Senāta ieskata, izskaidrojama ar to, ka civiltiesiskās atbildības apdrošināšanā trešā persona, kuru apdrošināšanas līguma noslēgšanas laikā parasti pat nav iespējams identificēt, nav līguma dalībniece, un tādēļ tiesības celt prasību par apdrošināšanas atlīdzības piedziņu no apdrošinātāja tai var rasties tikai uz speciālo likuma normu pamata.

Jāatzīmē, ka Apdrošināšanas noteikumu 13. punktā minētā „trešās personas prasība par zaudējumu atlīdzību”, kuras iesniegšanas termiņš jau vērtēts tiesu nolēmumos izskatāmajā lietā, ir nevis prasība tiesā, bet gan līgumā paredzēts pieteikums par zaudējumu atlīdzināšanu, kas adresēts apdrošinātajam (sk. *Senāta 2023. gada 23. marta sprieduma izskatāmajā lietā 9.2. punktu*). Konkrētajā gadījumā, kurā brīvprātīgās apdrošināšanas ietvaros apdrošināta prasītājas civiltiesiskā atbildība ceļojuma laikā, likuma normas neparedz cietušajam tiesības celt prasību tiesā pret atbildētāju AAS „BTA Baltic Insurance Company”.

Ja piekristu kasācijas sūdzības iesniedzējas viedoklim, ka prasītājam nav tiesību prasīt apdrošināšanas atlīdzības piedziņu no atbildētājas, apdrošināšanas atlīdzību no atbildētājas tiesas ceļā nevarētu piedzīt nedz apdrošinātais, nedz trešā persona, savukārt apdrošinātājs iegūtu iespēju atbrīvoties no līguma izpildīšanas pienākuma. Pēc Senāta ieskata, Apdrošināšanas līguma likuma 52. panta pirmās daļas pirmajā teikumā ietvertais noteikums, ka apdrošinātājs izmaksā apdrošināšanas atlīdzību trešajai personai vai apdrošinātajam, ja apdrošinātais ir atlīdzinājis zaudējumus trešajai personai, vienīgi norāda uz trešo personu un apdrošināto, kas atlīdzinājis zaudējumus trešajai personai, kā subjektiem, kas ir apdrošināšanas atlīdzības izmaksas adresāti, ja apdrošinātājs pieņēmis lēmumu izmaksāt apdrošināšanas atlīdzību. Apdrošināšanas līguma likuma 52. panta pirmās daļas pirmais teikums neattiecas uz apdrošinātā tiesībām celt prasību pret apdrošinātāju par apdrošināšanas atlīdzības piedziņu par labu sev, ja apdrošinātājs, kā tas ir konkrētajā gadījumā, ir pieņēmis lēmumu atteikt izmaksāt apdrošināšanas atlīdzību. Prasītājas tiesības piedzīt apdrošināšanas atlīdzību no atbildētājas tiesas ceļā nosaka citas tiesību normas.

[13.3] Apdrošināšanas līgums saskaņā ar Apdrošināšanas līguma likuma 1. panta pirmās daļas 7. punktu ir apdrošinātāja un apdrošinājuma ņēmēja vienošanās, saskaņā ar kuru apdrošinājuma ņēmējs uzņemas saistības maksāt apdrošināšanas prēmiju līgumā noteiktajā veidā, termiņos un apmērā, kā arī izpildīt citas līgumā noteiktās saistības, un apdrošinātājs uzņemas saistības, iestājoties apdrošināšanas gadījumam, izmaksāt līgumā norādītajai personai apdrošināšanas atlīdzību atbilstoši apdrošināšanas līgumam, kā arī izpildīt citas līgumā noteiktās saistības.

Prasītāja /Persona D/ izskatāmās lietas faktiskajos un tiesiskajos apstākļos atbilstoši Apdrošināšanas līguma likuma 1. pantā ietvertajam terminu skaidrojumam ir tāda apdrošinātā, kas nav apdrošinājuma ņēmēja. Proti, saskaņā ar minētā likuma 1. panta pirmās daļas 2. punktu apdrošinājuma ņēmējs ir persona, kas noslēdz apdrošināšanas līgumu savā vai citas personas labā. Savukārt apdrošinātais atbilstoši Apdrošināšanas līguma likuma 1. panta pirmās daļas 12. punktā noteiktajam ir persona, kurai ir apdrošināmā interese un kuras labā ir noslēgts apdrošināšanas līgums.

Prasītājas tiesiskā situācija atbilst Civillikuma 1520. panta noteikumiem par līgumu trešās personas (konkrētajā gadījumā – prasītājas) labā: „Ja viens līdzējs dod otram kādu apsolījumu par labu trešajai personai, tad ne vien tas, kam šis apsolījums dots, bet arī trešā persona, kam par labu tas dots, iegūst tiesību prasīt no apsolītāja tāda līguma izpildījumu”. Tiesību doktrīnā ir pamatoti atzīts, ka atbilstoši Civillikuma 1520.–1522. pantam trešā

persona, kurai par labu līgums noslēgts, jau pirms pievienošanās līgumam nepastarpināti un sākotnēji iegūst atsevišķu, savu pašas prasījuma tiesību pret apsolutāju (sk. *Kalniņš E. Līgums par labu trešajai personai. Grām.: Privāttiesību teorija un prakse. Rakstu krājums. Otrā grāmata. Rīga: Tiesu namu aģentūra, 2023, 211.–214., 220.–221. lpp.*). Senāts ir atzinis, ka pievienošanās līgumam var izpausties arī kā prasības celšana pret apsolutāju par līgumā norunātā saistības izpildījuma piespriešanu (piedziņu) trešās personas kā prasītāja labā (sk. *Senāta 2019. gada 21. oktobra sprieduma lietā Nr. SKC-441/2019, ECLI:LV:AT:2019:1021.C27181614.6.S, 7.1. punktu*).

Turklāt Vispārējo apdrošināšanas noteikumu 10.2. punktā ir nepārprotami noteikts, ka par apdrošināšanas līguma dalībnieku tiek uzskatīts arī apdrošinātais, ja puses, slēdzot apdrošināšanas līgumu, nav vienojušās citādi vai divu darba dienu laikā BTA nav saņēmusi no apdrošinātā rakstveidā noformētus iebildumus (sk. *lietas 1. sējuma 35. lapu*).

Tātad pati atbildētāja, noslēdzot apdrošināšanas līgumu, piekritusi atzīt prasītāju par minētā līguma dalībnieci, ja pēdējā divu darba dienu laikā rakstveidā nav cēlusi iebildumus. Nav šaubu, ka prasības tiesība pret atbildētāju par līguma izpildīšanu, kura saskaņā ar Civillikuma 1590. pantu ir katrai līguma pusei, izskatāmās lietas tiesiskajos un faktiskajos apstākļos piemīt arī prasītājam /Persona D/ kā apdrošinātajam.

[13.4] Līdz ar to tiesa pareizi atzinusi, ka Apdrošināšanas līguma likuma 52. panta pirmajā daļā ietvertais noteikums par apdrošināšanas atlīdzības izmaksu apdrošinātajam, ja tas atlīdzinājis zaudējumus trešajai personai, nevar būt pamats prasības noraidīšanai.

Par darba devēja prasītās summas atlīdzināšanai piemērojamiem tiesību aktiem

[14] Kaut arī atbildētājas kasācijas sūdzībā nav sniegts izvērstas pamatojums par cietušās personas darba devēja prasījumam piemērojamām tiesībām, Senāts piekrit kasācijas sūdzības iesniedzējai, ka darba devēja prasījumam pret prasītāju piemērojamās tiesības, pastāvot pārrobežu elementam, jānosaka atbilstoši Roma II regulas normām.

[14.1] Senāts ir atzinis, ka nav iespējams izšķirt strīdu par kādas tiesiskās attiecības pastāvēšanu, nepievēršoties šīs attiecības tiesiskajam pamatam, un ir jābūt skaidrībai, par kādu tiesisko attiecību lietā ir strīds (sk. *Senāta 2018. gada 13. jūnija lēmuma lietā Nr. SKC-824/2018, ECLI:LV:AT:2018:0613.C30486115.7.L, 6. punktu, 2023. gada 29. jūnija sprieduma lietā Nr. SKC-9/2023, ECLI:LV:AT:2023:0629.C68278819.13.S, 8. punktu*).

Konkrētajā gadījumā runa ir par divām savstarpēji nošķiramām, taču cieši saistītām tiesiskajām attiecībām, proti, par 1) cietušās personas darba devēja /Nosaukums A/ tiesisko attiecību ar prasītāju /Persona D/ un 2) prasītājas tiesisko attiecību ar atbildētāju. Prasītājai pieteiktā zaudējumu atlīdzības prasījuma pamatotība ir atkarīga no šā prasījuma juridiskā novērtējuma, savukārt atbildētājas pienākums atlīdzināt attiecīgo summu prasītājai ir nosakāms atbilstoši apdrošināšanas līguma noteikumiem un šim līgumam piemērojamām tiesību normām.

[14.2] Kasācijas sūdzībā pareizi norādīts, ka prasījums, kuru prasītājai pieteicis cietušās personas darba devējs, ir ārpuslīgumiska rakstura, jo starp prasītāju un cietušās personas darba devēju, tāpat kā starp cietušo un prasītāju, nav līgumattiecību.

Eiropas Savienības Tiesa ir atzinusi, ka par ārpuslīgumiskām saistībām Roma II regulas izpratnē ir uzskatāmas saistības, kuru cēlonis ir kāds no šīs regulas 2. pantā uzskaitītajiem notikumiem (sk. *Eiropas Savienības Tiesas 2016. gada 21. janvāra sprieduma apvienotajās lietās „Ergo Insurance” C-359/14 un C-475/14, ECLI:EU:C:2016:40, 46. punktu*).

Saskaņā ar Roma II regulas 2. panta 1. punktā noteikto šajā regulā kaitējums ietver visas sekas, kuras izriet no neatļautas darbības, netaisnas iedzīvošanās, *negotiorum gestio* vai *culpa in contrahendo*. Minētās regulas 4. panta 1. punktā noteikts: „Ja vien šajā regulā nav paredzēts kas cits, tiesību akti, kas piemērojami ārpuslīgumiskām saistībām, kuras izriet no neatļautas darbības, ir tās valsts tiesību akti, kurā radies kaitējums, neatkarīgi no tā, kurā valstī iestājies notikums, kas radījis kaitējumu, un neatkarīgi no tā, kurā valstī vai kurās valstīs radušās netiešas minētā notikuma sekas.”

Kasācijas sūdzībā, nesniedzot detalizētāku argumentāciju jautājumam par piemērojamām tiesībām, ietverta vispārīga norāde uz to, ka negadījums, no kura izriet cietušās personas darba devēja /Nosaukums A/ prasījums, ir noticis Austrijā. Nav šaubu, ka /Persona F/ zaudējumu atlīdzināšanas prasījumam pret /Persona D/ saskaņā ar Roma II regulas 4. panta 1. punktu piemērojami Austrijas tiesību akti. Arī civillietā Insbrukas apgabaltiesā par tiem cietušā prasījumiem pret /Persona D/, kuri bija pieteikti minētajā tiesvedībā, tika izspriesta saskaņā ar Austrijas likumu. Austrijas Vispārējā Civillikuma (*Allgemeines bürgerliches Gesetzbuch (ABGB) für die gesammten deutschen Erbländer der Oesterreichischen Monarchie, Justizgesetzsammlung Nr. 946/1811*) 1325. paragrāfs noteic: „Kas nodara citam miesas bojājumus, tas sedz cietušā ārstēšanās izdevumus, atlīdzina viņam negūtos ienākumus vai, ja cietušais kļūst nespējīgs gūt iztiku, arī nākotnē neiegūstamos ienākumus, un pēc pieprasījuma papildus samaksā viņam sāpju naudu, kāda attiecīgajos apstākļos ir samērīga.”

Vispārīgi var piekrist kasācijas sūdzības iesniedzējai, ka tiesa savos secinājumos par cietušās personas darba devēja izmaksātās summas atlīdzināšanu nepareizi balstījusies uz Civillikuma normām. Proti, atziņu, ka darba devēja izmaksātā slimības nauda un sociālās apdrošināšanas iemaksas ir prasītājas nodarīts cietušās personas darba devēja zaudējums, jo cietušās personas darbnespēja iestājās sakarā ar traumu prasītājas vainas dēļ, tiesa balstījusi uz Civillikuma 1770. pantu, bet prasītājas pienākumu atlīdzināt zaudējumus minētajam darba devējam pamatojusi ar Civillikuma 1775. un 1779. pantu.

Vienlaikus norādāms, ka /Persona F/ darba devējs ir no cietušā atšķirīgs subjekts – Vācijas komercsabiedrība, kas prasījumu /Persona D/ pieteikusi jau pēc darba algas kompensēšanas cietušajam un ar minēto maksājumu saistīto sociālās apdrošināšanas iemaksu segšanas. Tādēļ izskatāmajā lietā nozīme ir tam, vai un uz kādu tiesību aktu pamata cietušās personas darba devējs atbilstoši Roma II regulas noteikumiem varēja pārņemt cietušās personas prasījumu un vērst to pret prasītāju.

[14.3] Roma II regulas 19. pants „Subrogācija” nosaka: „Ja personai („kreditoram”) ir ārpuslīgumisks prasījums pret citu personu („parādnieku”) un trešai personai ir pienākums apmierināt kreditora prasījumu vai arī šī trešā persona, izpildot attiecīgo pienākumu, faktiski ir apmierinājusi kreditora prasījumu, tiesību akti, ar ko reglamentē trešās personas pienākumu apmierināt kreditora prasījumu, ir tie, ar kuriem nosaka, vai un ciktāl attiecīgā trešā persona ir tiesīga izmantot pret parādnieku tās tiesības, kas kreditoram bija attiecībā pret parādnieku saskaņā ar tiesību aktiem, kuri reglamentē viņu attiecības,”

Roma II regulas 19. panta noteikumu izpratnē /Persona F/ ir kreditors, kuram sakarā ar traumas dēļ iestājušos darbnespēju radies ārpuslīgumisks zaudējumu atlīdzības prasījums pret prasītāju /Persona D/ jeb parādnieku. Savukārt trešā persona saskaņā ar Roma II regulas 19. pantu konkrētajā gadījumā ir viņa darba devējs – Vācijas komercsabiedrība, kura uz Vācijas tiesību aktu pamata izpildījusi pienākumu faktiski apmierināt /Persona F/ prasījumu, kurš radās /Persona D/ izraisītā negadījuma rezultātā. Šāds darba devēja pienākums Vācijā noteikts likumā „Par darba algas maksājumiem svētku dienās un slimības gadījumā” jeb Atalgojuma samaksas turpināšanas likumā (*Gesetz über die Zahlung des Arbeitsentgelts an Feiertagen und im Krankheitsfall (Entgeltfortzahlungsgesetz) vom 26. Mai 1994, Bundesgesetzblatt I, S. 1014, 1065*).

Atalgojuma samaksas turpināšanas likuma 3. paragrāfa pirmās daļas pirmajā teikumā norādīts, ka darbiniekam, kurš slimības rezultātā iestājušās darbnespējas dēļ nevar veikt darbu un minētajā nav vainojams, ir tiesības turpināt saņemt no darba devēja atalgojumu slimības gadījumā uz darbnespējas laiku līdz sešām nedēļām. Savukārt Atalgojuma samaksas turpināšanas likuma 6. paragrāfa pirmajā daļā paredzēta darbinieka prasījuma pret zaudējumu nodarītāju pāreja darba devējam: „Ja darbiniekam saskaņā ar likuma normām ir tiesības no trešās personas prasīt zaudējumu atlīdzību par ienākumu zudumu, kas radies darbnespējas dēļ, tad šis prasījums pāriet darba devējam tādā apmērā, kādā tas darbiniekam saskaņā ar šo likumu ir turpinājis izmaksāt darba samaksu un ir samaksājis ar to saistītās darba devēja iemaksas Federālajai nodarbinātības aģentūrai, darba devēja daļu sociālās apdrošināšanas un aprūpes apdrošināšanas iemaksās, kā arī izdarījis iemaksas papildu sociālajai apdrošināšanai vecuma un apgādnieka zaudējuma gadījumā.”

Vācijas darba tiesību doktrīnā atzīts, ka gadījumā, kad darbinieks kļuvis darbnespējīgs neatļautas darbības (delikta) rezultātā citas personas vainas dēļ, darba devējam nav patstāvīga zaudējumu atlīdzības prasījuma pret zaudējumu nodarītāju, jo attiecībās starp pēdējo un darba devēju nav neatļautas darbības tiesiskā sastāva. Lai novērstu tiesībpolitiski nevēlamu situāciju, kurā darba devējs, turpinot maksāt darba algu bez darbinieka pretizpildījuma, ir faktiskais cietušais, darbinieka zaudējumu atlīdzības prasījums pret zaudējumu nodarītāju

saskaņā ar Atalgojuma samaksas turpināšanas likuma 6. paragrāfu uz likuma pamata pāriet darba devējam, ciktāl pēdējais ir turpinājis maksāt darba samaksu un samaksājis ar to saistītos maksājumus (sk. *Brox H., Rüthers B., Henssler M. Arbeitsrecht. 20. Auflage. Stuttgart: Verlag W. Kohlhammer, 2020, Rn. 448*).

Kaut arī tiesa ir kļūdains atsaukusies uz Civillikuma 1770. pantu, var piekrist pārbaudāmā sprieduma motīvos izdarītajam secinājumam, ka izmaksātā slimības nauda un sociālās apdrošināšanas iemaksas ir darba devēja zaudējums, jo darba devējs par cietušajam izmaksāto darba algu nesaņēma nekādu labumu.

Roma II regulas noteikumu piemērošana, uz kuras nepieciešamību kasācijas sūdzībā vispārīgi norādījusi atbildētāja, ļauj secināt, ka cietušā /Persona F/ zaudējumu atlīdzības prasījums pret /Persona D/ atbilstoši Vācijas tiesību aktiem uz likuma pamata jeb subrogācijas ceļā ir pārgājis cietušā darba devējam tādā apmērā, kādā darba devējs ir turpinājis maksāt cietušajam darba algu un sedzis ar to saistītās sociālās apdrošināšanas iemaksas.

[14.4] Prasītājas un atbildētājas savstarpējās tiesiskajās attiecībās nozīme ir tam, vai atbildētājai ir pienākums atlīdzināt prasītājam 3260,16 EUR saskaņā ar noslēgtā apdrošināšanas līguma noteikumiem. Norādāms, ka šim līgumam, kas ir pamatā tiesiskajām attiecībām starp prasītāju un atbildētāju, saskaņā ar atbildētājas Vispārējo apdrošināšanas noteikumu 10.1. punktu, tādā atbilstoši pušu izdarītajai izvēlei, ir piemērojami Latvijas normatīvie akti. Tas atbilst Apdrošināšanas līguma likuma 3. panta pirmajā daļā norādītajam, ka no apdrošināšanas līguma izrietošo līgumisko attiecību regulēšanai piemērojamo likumu nosaka saskaņā ar Eiropas Parlamenta un Padomes 2008. gada 17. jūnija Regulas (EK) Nr. 593/2008 par tiesību aktiem, kas piemērojami līgumsaistībām (turpmāk – Roma I regula) noteikumiem par apdrošināšanas līgumiem. Saskaņā ar Roma I regulas 7. panta 2. punktā noteikto apdrošināšanas līgumus reglamentē tās valsts tiesību akti, kurā apdrošinātājam ir pastāvīgā mītnesvieta, ciktāl puses nav izdarījušas izvēli attiecībā uz piemērojamiem tiesību aktiem.

No lietas materiāliem redzams, ka atbildētāja 2019. gada 10. decembrī ir atteikusies izmaksāt minēto summu prasītājai, atsaucoties ne vien uz Apdrošināšanas noteikumu 13. punktā ietvertu strīdus nosacījumu par zaudējumu atlīdzības pieteikšanu 30 dienu laikā pēc apdrošināšanas perioda pēdējās dienas, bet arī uz Apdrošināšanas noteikumu 15.2. punktu, kas neparedz atlīdzināt netiešos zaudējumus, tai skaitā sagaidāmās peļņas atrāvumu un neiegūtos ienākumus (sk. *lietas 1. sējuma 85. lapu*).

Turpretī Apdrošināšanas noteikumu 14.1.1. punktā minēti civiltiesiskās atbildības apdrošināšanas ietvaros atlīdzināmie tiešie zaudējumi, kas saistīti ar trešās personas dzīvībai vai veselībai nodarīto kaitējumu – trešās personas nāve, darbības zudums, pārejoša darba nespēja, fizisks ievainojums vai slimība, ko guvusi vai pārcietusi trešā persona. Līdz ar to starp iepriekš minētajiem Apdrošināšanas noteikumu apakšpunktiem var veidoties pretruna, jo nespēja gūt ienākumus ir darbības zuduma vai pārejošas darba nespējas tiešās un pašsaprotamās sekas. Ja līguma noteikumi ir neskaidri vai neprecīzi, tad tie saskaņā ar Patērētāju tiesību aizsardzības likuma 6. panta 2.1 daļu ir iztulkojami par labu patērētājam. Prasītājas kā patērētājas stāvoklis apdrošināšanas līguma attiecībās ar atbildētāju nedrīkst pasliktināties tādēļ, ka līgumā pēc atbildētājas iniciatīvas ietverti tādi tipveida noteikumi, kas ir neskaidri vai neprecīzi.

Šādos apstākļos Senāts atzīst, ka zaudējumus, kuru atlīdzināšanu no prasītājas prasa cietušā darba devējs, tiesa ir pareizi kvalificējusi kā prasītājas nodarītus zaudējumus, kas saistīti ar viņas vainas dēļ iestājušos cietušās personas darbības zudumu, proti, kā tiešos zaudējumus, kas ir atlīdzināmi.

[14.5] Apkopojot iepriekš minēto, secināms, ka tiesa, neraugoties uz nepilnībām attiecīgo sprieduma motīvu argumentācijā, ir pareizi izspriedusi lietu daļā par 3260,16 EUR piedziņu no atbildētājas sakarā ar prasītājai iesniegto cietušās personas darba devēja /Nosaukums A/ pretenziju.

Par cietušās personas apdrošinātāja pretenzijā norādītajiem zaudējumiem

[15] /Prasītājas//Persona D/ kasācijas sūdzībā pamatoti norādīts, ka tiesa, noraidot prasību daļā par 2940,38 EUR piedziņu no atbildētājas, nepareizi atsaukusies uz Apdrošināšanas līguma likuma 45. panta pirmās daļas un 55. panta pirmās daļas normām. Pretenziju minētās summas apmērā prasītājai iesniegusi Vācijas apdrošināšanas sabiedrība „HUK-COBURG” (pilns nosaukums – „HUK-Coburg-Krankenversicherung AG”), kas minēto summu izmaksājusi cietušajam /Persona F/, atlīdzinot viņa izdevumus par medicīniskajiem pakalpojumiem.

[15.1] Saskaņā ar Apdrošināšanas līguma likuma 45. panta pirmajā daļā noteikto apdrošinātājam, kas izmaksājis apdrošināšanas atlīdzību, ir subrogācijas tiesība, izņemot personu apdrošināšanas gadījumus. Savukārt Apdrošināšanas līguma likuma 55. panta pirmajā daļā norādīts, ka personu apdrošināšanas veidi ir dzīvības apdrošināšana, nelaiemes gadījumu apdrošināšana un veselības apdrošināšana. Atbilstoši šā likuma 1. pantā ietvertajai legāldefinīcijai subrogācijas tiesība ir apdrošinātāja, kas ir izmaksājis apdrošināšanas atlīdzību, tiesība pārņemt apdrošinātā prasības tiesības izmaksātās summas apmērā pret personu, kura ir atbildīga par zaudējumiem.

Tādēļ, ka cietušais no „HUK-COBURG” saņēma atlīdzību sakarā ar veselībai nodarītu kaitējumu un veselības apdrošināšana Apdrošināšanas līguma likuma izpratnē ir personu apdrošināšanas veids, tiesa atzinusi, ka subrogācijas tiesības neesības dēļ Vācijas apdrošināšanas sabiedrībai „HUK-COBURG” nav prasījuma tiesību pret /Persona D/ un viņas prasība pret atbildētāju attiecīgajā daļā ir noraidāma.

No lietas materiālos esošās „HUK-COBURG” pretenzijas satura redzams, ka Vācijas apdrošināšanas sabiedrība prasa, lai /Persona D/ tai samaksā 2940,38 EUR kā zaudējumu atlīdzību regresa kārtībā sakarā izpildījumu, kas apdrošinātājam /Persona F/ dots veselības apdrošināšanas ceļojuma laikā ietvaros. Tiesa, atzīstot subrogācijas tiesības neesību, nav ņēmusi vērā to, ka tiesiskajās attiecībās starp Vācijas apdrošināšanas sabiedrību „HUK-COBURG” un prasītāju ir pārrobežu elements. Turklāt starp minēto apdrošināšanas sabiedrību un prasītāju nav līgumattiecību. Ievērojot minēto, tiesiskajai attiecībai starp „HUK-COBURG” un prasītāju piemērojami tiesību akti nosakāmi saskaņā Roma II regulas 19. pantu „Subrogācija”.

Eiropas Savienības Tiesa ir atzinusi, ka Roma II regulas 19. pantā ir nošķirti jautājumi, kuriem piemērojams deliktu regulējums, un jautājumi, uz kuriem attiecas līgumiskais regulējums. Cietušā tiesību iespējamo subrogāciju regulē trešās personas, proti, apdrošinātāja, pienākumam izmaksāt atlīdzību cietušajam piemērojami tiesību akti. Savukārt nosacījumi, kādos apdrošinātājs var īstenot cietušā tiesības attiecībā pret negadījuma izraisītāju, ir noteikti tās valsts tiesībās, kuras piemērojamas apdrošināšanas līgumam un kas noteiktas atbilstoši Roma I regulas 7. pantam (sk. *Eiropas Savienības Tiesas 2016. gada 21. janvāra sprieduma apvienotajās lietās „Ergo Insurance” C-359/14 un C-475/14, [ECLI:EU:C:2016:40](#), 56.–58. punktu*). Kaut arī minēto atziņu Eiropas Savienības Tiesa izteikusi sauszemes transportlīdzekļu civiltiesiskās atbildības apdrošināšanas lietā, tā tikpat labi var tikt attiecināta arī uz citām apdrošināšanas tiesiskajām attiecībām.

Var secināt, ka Vācijas apdrošināšanas sabiedrības „HUK-COBURG” jeb trešās personas Roma II regulas 19. panta izpratnē tiesībām vērsties pret prasītāju uz subrogācijas pamata jāpiemēro tiesību akti, kas piemērojami trešās personas pienākumam izmaksāt apdrošināšanas atlīdzību cietušajam. Tā kā Vācijas apdrošināšanas sabiedrības pienākums segt cietušā veselībai nodarīto kaitējumu izriet no līguma ar cietušo jeb kreditoru atbilstoši Roma II regulas 19. panta noteikumiem, tad nosacījumi, kādos apdrošinātājs var īstenot negadījumā cietušā tiesības attiecībā pret parādnieku, proti, prasītāju izskatāmajā lietā, ir noteikti tās valsts tiesībās, kuras piemērojamas cietušā apdrošināšanas līgumam ar „HUK-COBURG”. Roma I regulas 7. panta 2. punkta otrajā teikumā ir norādīts, ka apdrošināšanas līgumus, ciktāl puses nav izdarījušas izvēli attiecībā uz piemērojamiem tiesību aktiem, reglamentē tās valsts tiesību akti, kurā apdrošinātājam ir pastāvīgā mītnesvieta.

Ar Latvijas Apdrošināšanas līguma likuma 45. panta pirmās daļas noteikumiem salīdzināma tiesību norma ir ietverta Vācijas Apdrošināšanas līguma likuma (*Versicherungsvertragsgesetz vom 23. November 2007, Bundesgesetzblatt I, S. 2631*) 86. paragrāfā „Atlīdzināšanas prasījumu pāreja”. Minētā paragrāfa pirmās daļas pirmajā teikumā norādīts, ka gadījumos, kuros apdrošinātājam ir atlīdzības prasījums pret trešo personu, šis prasījums pāriet apdrošinātājam, ciktāl pēdējais zaudējumus atlīdzinājis. Apdrošinātāja tiesības prasīt atlīdzību no zaudējumu nodarītāja, kas Vācijas apdrošināšanas tiesībās tiek sauktas par regresu, attiecas uz apdrošināšanu, kurā atlīdzība – pretstatā summu apdrošināšanai – tiek noteikta atbilstoši kompensācijas principam (sk. *Schimikowski P. Versicherungsvertragsrecht. 7. Auflage. München: Verlag C. H. Beck, 2024, Rn. 468, 527*).

No Vācijas Apdrošināšanas līguma likumā ietvertā regulējuma nav gūstams apstiprinājums tam, ka prasījuma pārejai no apdrošinātā uz apdrošinātāju būtu noteikti Latvijas Apdrošināšanas līguma likuma 45. panta pirmās daļas regulējumam līdzīgi izņēmumi atkarībā no apdrošināšanas veida. Vācijas apdrošināšanas tiesību literatūrā ir norādīts, ka prasījuma pāreja uz apdrošinātāju un regresa tiesības darbojas arī privātās veselības apdrošināšanas gadījumos, piemēram, apdrošinātāja atlīdzinātu ārstēšanās izdevumu gadījumā (sk. *Schimikowski P. Versicherungsvertragsrecht. 7. Auflage. München: Verlag C. H. Beck, 2024, Rn. 527*).

Līdz ar to Vācijas apdrošināšanas sabiedrības „HUK-COBURG” tiesības vērst pret prasītāju no cietušā pārņemtu zaudējumu atlīdzības prasījumu nosakāmas atbilstoši Vācijas apdrošināšanas tiesību aktiem, un tiesa, izdarot secinājumu, ka subrogācijas tiesība minētajam apdrošinātajam nepiemīt, nepareizi atsaukusies uz Latvijas tiesību akta – Apdrošināšanas līguma likuma – normām.

[15.2] Subrogācijas jautājums visupirms attiecas nevis uz prasītājas un atbildētājas, bet gan uz „HUK-COBURG” un prasītājas /Persona D/ savstarpējām tiesiskajām attiecībām. Proti, subrogācija nozīmē to, ka prasījumu pārņemušajam tiesību subjektam (konkrētajā gadījumā – „HUK-COBURG”) ir tādas pašas prasījuma tiesības pret zaudējumu nodarītāju /Persona D/, kādas cietušajam būtu tad, ja viņš nebūtu apdrošināts un attiecīgo summu vēlētos piedzīt no prasītājas izskatāmajā lietā.

Pievēršoties prasītājas un atbildētājas savstarpējām tiesiskajām attiecībām, tiesai jāvērtē, vai atbildētājai ir pienākums atlīdzināt prasītājai 2940,38 EUR saskaņā ar viņu starpā noslēgtā apdrošināšanas līguma noteikumiem, kam piemērojami Latvijas tiesību akti.

No minētā apdrošināšanas līguma, kura sastāvdaļas ir arī Apdrošināšanas noteikumi un Vispārējie apdrošināšanas noteikumi, redzams, ka viens no apdrošinātajiem riskiem ir prasītājas civiltiesiskā atbildība 30 000 EUR apmērā. Kā norādīts iepriekš, tad Apdrošināšanas noteikumu 14.1.1. punktā minēti tādi civiltiesiskās atbildības apdrošināšanas ietvaros atlīdzināmie zaudējumu veidi kā tiešie zaudējumi, kas saistīti ar trešās personas dzīvībai vai veselībai nodarīto kaitējumu – trešās personas nāve, darbspējas zudums, pārejoša darba nespēja, fizisks ievainojums vai slimība, ko guvusi vai pārcietusi trešā persona.

/Persona D/ prasības pieteikumā naudas summa 2940,38 EUR ir minēta kā viena no negadījuma rezultātā nodarīto zaudējumu pozīcijām, norādot, ka tā ir /Persona F/ veselības apdrošinātāja „HUK-COBURG” regresa prasība par medicīniskajiem pakalpojumiem. Ja 2940,38 EUR /Persona F/ nebūtu samaksājusi Vācijas apdrošināšanas sabiedrība „HUK-COBURG”, tad cietušais visticamāk būtu lūdzis tos piedzīt no prasītājas Insbrukas apgabaltiesā notikušās tiesvedības ietvaros kā atlīdzību par veselībai nodarīto kaitējumu. Pēc Senāta ieskata, prasītājas stāvoklis apdrošināšanas līguma attiecībās ar atbildētāju nedrīkst pasliktināties tādēļ vien, ka naudas summu no prasītājas grib saņemt nevis cietušais, bet gan cita persona, kas attiecīgo summu cietušajam atlīdzinājusi un kas tādēļ uz likuma normu pamata ieguvusi tiesības vērsties pret prasītāju.

Senāts izskatāmajā lietā jau ir norādījis uz tiesas pienākumu pienācīgi analizēt pušu starpā noslēgtā apdrošināšanas līguma priekšmeta un strīdus noteikumu būtību (sk. *Senāta 2023. gada 23. marta sprieduma 8.5. punktu*). Minētā atziņa ir attiecināma tiklab uz Apdrošināšanas noteikumu 13. punktu, uz kurā minēto 30 dienu termiņu atbildētāja bija atsaukusies, atsakoties izmaksāt prasītājai apdrošināšanas atlīdzību, tā arī uz citiem apdrošināšanas līguma noteikumiem.

Tādēļ tiesai bija jānoskaidro, vai 2940,38 EUR, kurus prasītāja vēlas piedzīt no atbildētājas, atbilstoši apdrošināšanas līguma noteikumiem ietilpst prasītājas civiltiesiskās atbildības apdrošināšanas ietvaros atlīdzināmajos zaudējumos, kas saistīti ar trešās personas veselībai nodarīto kaitējumu. Minētais uzdevums tiesai bija jāveic, sniedzot juridisko novērtējumu apdrošināšanas līguma saturam un pievēršoties minētā līguma noteikumu iztulkošanai. Kā norādīts iepriekš, tad gadījumā, kad līguma noteikumi ir neskaidri vai neprecīzi, tie saskaņā ar Patērētāju tiesību aizsardzības likuma 6. panta 2.1 daļu ir iztulkojami par labu patērētājam.

Tātad tiesa nav izpildījusi uzdevumu noskaidrot, vai 2940,38 EUR ietilpst trešajai personai nodarītajos zaudējumos, kuru atlīdzināšanai nepieciešamā summa atbildētājai saskaņā ar apdrošināšanas līgumu jāizmaksā prasītājai kā apdrošinātajai viņas civiltiesiskās atbildības apdrošināšanas ietvaros.

[15.3] Ievērojot iepriekš minēto, Senāts atzīst, ka tiesa, noraidot prasību daļā par 2940,38 EUR piedziņu, nepareizi piemērojusi materiālo tiesību normas – Apdrošināšanas līguma likuma 45. panta pirmo daļu un 55. panta pirmo daļu. Izdarot secinājumu par prasības nepamatotību minētajā daļā, tiesa ir balstījusies vienīgi uz atbildētājas viedokli par subrogācijas tiesības neesību, sniedzot nepietiekamu juridisko novērtējumu konstatētajiem lietas apstākļiem un tādējādi neizpildot prasības, kas sprieduma saturam noteiktas Civilprocesa likuma 193. panta piektajā daļā. Minētais varēja novest pie lietas nepareizas izspriešanas daļā par 2940,38 EUR piedziņu no atbildētājas.

[16] Kasācijas sūdzības iesniedzēja /Persona D/ uzskata, ka tiesa, atzīstot sāpju naudu, kuru Austrijas tiesa no viņas piedzinusi par labu cietušajam, par morālā kaitējuma atlīdzību, nepamatoti noraidījusi prasību daļā par apdrošināšanas atlīdzības 2500 EUR piedziņu no atbildētājas. Kasācijas sūdzībā norādīts, ka tiesas secinājums nav balstīts uz materiālo tiesību normām un tādējādi nav izpildīts Civilprocesa likuma 189. panta trešajā daļā un 190. panta pirmajā daļā tiesai noteiktais pienākums pamatot spriedumu.

[16.1] No lietas materiālos esošo Apdrošināšanas noteikumu 15.5. punkta redzams, ka civiltiesiskās atbildības apdrošināšanas ietvaros netiek atlīdzināti zaudējumi „saistībā ar morālo kaitējumu, tajā skaitā par izkropļojumu un izķemojumu”. Tiesa, atzīstot par pamatoti atbildētājas iebildumus pret zaudējumu atlīdzināšanu sakarā ar Insbrukas apgabaltiesas 2022. gada 20. decembra spriedumā piedzīto sāpju naudu 2500 EUR, ir aprobežojusies ar atsaukšanos uz minēto punktu Apdrošināšanas noteikumos.

Senāts piekrīt kasācijas sūdzības iesniedzējai, ka tiesai vajadzēja sniegt pamatojumu spriedumā izdarītajam secinājumam, ar kuru Insbrukas apgabaltiesas 2022. gada 20. decembra spriedumā lietotais jēdziens „sāpju nauda” atzīts par identisku atlīdzībai par morālo kaitējumu Latvijas tiesībās. Abu tiesību institūtu satura salīdzinājumu tiesa nav veikusi, kaut arī tiesas sēdē prasītājas pilnvarotā pārstāve norādīja uz to iespējamajām atšķirībām [kl. 2023. gada 9. augusta tiesas sēdes audioprotoķola 00:19:00 un turpm.].

Civillietā /Persona F/ prasībā pret /Persona D/ Insbrukas apgabaltiesā tika izspriesta saskaņā ar Austrijas tiesību aktiem. Turklāt saskaņā ar Roma II regulas 4. panta 1. punktu tiesību akti, kas piemērojami ārpuslīgumiskām saistībām, ir tās valsts tiesību akti, kurā radies kaitējums, neatkarīgi no tā, kurā valstī iestājies notikums, kas radījis kaitējumu, un neatkarīgi no tā, kurā valstī vai kurās valstīs radušās netiešas minētā notikuma sekas. Tādēļ, lai varētu izdarīt motivētu secinājumu par to, vai sāpju naudu Austrijas tiesa /Persona F/ piespriedusi tāda kaitējuma kompensēšanai, kas ir morālais kaitējums Apdrošināšanas noteikumu 15.5. punkta izpratnē, tiesai bija pamats pievērsties Austrijas likuma normu, kuras regulē sāpju naudu, satura noskaidrošanai un salīdzināšanai ar morālā kaitējuma jēdzienu Latvijas tiesībās.

[16.2] Saskaņā ar Civillikuma 1635. panta otrās daļas pirmo teikumu ar morālo kaitējumu jāsaprot fiziskas vai garīgas ciešanas, kas izraisītas ar neatļautas darbības rezultātā nodarītu cietušā nemantisko tiesību vai nemantisko labumu aizskārumu. Kā atzinis Senāts, morālais kaitējums minētās Civillikuma normas izpratnē ir tiesību aizskāruma sekas (ciešanas, sāpes, pārdzīvojumi), kas cietušajam rada tiesības uz apmierinājumu (sk. *Senāta 2015. gada 28. janvāra sprieduma lietā Nr. SKC-9/2015, C30576709, 7. punktu*). Morālā kaitējuma atlīdzinājums ir vērstis nevis uz mantiskā samazinājuma novēršanu, bet gan uz apmierinājuma došanu citā veidā, proti, ciešanu un sāpju nolīdzināšanai dodot mantisku kompensāciju (sk. *Senāta 2010. gada 7. aprīļa sprieduma lietā Nr. SKC-94/2010, C24101606, 7.3. punktu*).

Morālā jeb nemantiskā kaitējuma kompensācijas mērķis ir sniegt cietušajam gandarījumu par viņa ciešanām. Tāpēc, lai gan visbiežāk šāds gandarījums tiek izteikts mantiskā vērtībā, tā ir nevis atlīdzība tās klasiskajā nozīmē, bet gan tā uztverama galvenokārt kā garīgo līdzsvaru atjaunojošs un sabalansējošs instruments (sk. *Senāta 2017. gada 25. aprīļa sprieduma lietā Nr. SKC-247/2017, C04426012, 11. punktu, 2020. gada 20. aprīļa sprieduma lietā Nr. SKC-108/2020, [ECLI:LV:AT:2020:0420.C20178817.9.S](#), 9.1. punktu, 2023. gada 29. augusta sprieduma lietā Nr. SKC-8/2023, [ECLI:LV:AT:2023:0829.C20178817.15.S](#), 10.1. punktu*).

Austrijā sāpju naudas piespriešanu cietušajam, kuram nodarīti miesas bojājumi, paredz šajā spriedumā jau minētais Vispārējā Civillikuma (ABGB) 1325. paragrāfs, uz kuru ir atsaukusies Insbrukas apgabaltiesa, piedzenot no /Persona D/ 2500 EUR sāpju naudu par labu /Persona F/. ABGB 1325. paragrāfa saturs ir līdzīgs Civillikuma 2347. panta pirmās daļas noteikumiem par atbildību sakarā ar miesas bojājuma nodarīšanu.

Austrijas tiesību doktrīnā atzīts, ka sāpju nauda ir gandarījums par fiziskajām un garīgajām ciešanām, kuras pārdzīvojis cietušais (sk. *Rabl C., Riedler A. Schuldrecht. Besonderer Teil. 6. Auflage, Wien: Verlag Österreich, 2017, Rz. 14/10*). Sāpju naudas galvenais mērķis ir nostādīt cietušo tādā stāvoklī, kādā ar zināmām cita veida ērtībām vai atvieglinājumiem var tikt izlīdzinātas viņa ciešanas un kompensēts to rezultātā notikušais dzīvesprieka zudums. Turklāt fiziskās un garīgās sāpes ir jāvērtē kopsakarā (sk. *Koziol H., Bydlinski P., Bollenberger R. (Hrsg.) Kurzkomentar zum ABGB. 5. Auflage. Wien: Verlag Österreich, 2017, § 1325 ABGB Rz. 26*). Detalizēts sāpju

naudas izpratnes raksturojums Austrijas tiesībās ar atsaucēm uz judikatūru un tiesību zinātnes atziņām ir ietverts Insbrukas apgabaltiesas 2022. gada 20. decembra spriedumā (sk. *lietas 2. sējuma 184.–185. lapu*).

Senāts atzīst, ka sāpju naudai saskaņā ar Austrijas likumu ir līdzīgi mērķi un saturs kā morālā kaitējuma atlīdzināšanai Latvijas tiesībās. Tādēļ pretēji prasītājas kasācijas sūdzībā norādītajam nav pamata uzskatīt, ka minētie jēdzieni būtu atšķirīgi.

[16.3] Kasācijas sūdzības iesniedzējas /Persona D/ viedoklim par sprieduma nepamatotību daļā par 2500 EUR piedziņu var piekrist tādā ziņā, ka tiesa, nekritiski piekrižot atbildētājas iebildumiem, nav sniegusi juridisku novērtējumu Apdrošināšanas noteikumu 15.5. punktam. Senāts uzskata, ka ārpus tiesas redzesloka nedrīkstēja palikt pienākums novērtēt apdrošināšanas līguma noteikuma iespējamo netaisnīgumu Patērētāju tiesību aizsardzības likuma 5. un 6. panta normu izpratnē. Minētajam pienākumam izskatāmajā lietā ir jo lielāka nozīme tādēļ, ka atbilstoši Senāta 2023. gada 23. marta sprieduma norādījumiem par Patērētāju tiesību aizsardzības likuma normu iztulkojumu netaisnīguma novērtējumam apelācijas instances tiesā jau bija pakļauts Apdrošināšanas noteikumu 13. punkta saturs.

[16.3.1] Eiropas Savienības Tiesa, interpretējot Direktīvas 93/13/EEK 6. panta 1. punktu, ir norādījusi uz dalībvalsts tiesas pienākumu pēc savas ierosmes pārbaudīt ar patērētāju noslēgta līguma noteikuma negodīgumu (sk. *Eiropas Savienības Tiesas 2006. gada 26. oktobra sprieduma lietā „Mostaza Claro”, C-168/05, ECLI:EU:C:2006:675* 27. punktu, 2009. gada 4. jūnija sprieduma lietā „Pannon GSM”, C-243/08, [ECLI:EU:C:2009:350](#), 31. punktu, 2013. gada 30. maija sprieduma lietā „, Jórös”, C-397/11, [ECLI:EU:C:2013:340](#), 30. punktu). Savukārt Senāts ir atzinis, ka Patērētāju tiesību aizsardzības likuma 6. panta vienpadsmitajā daļā ietverts imperatīvs tiesas pienākums *ex officio* izvērtēt līguma, kas noslēgts ar patērētāju, noteikumus un tos nepiemērot, ja šādi noteikumi ir netaisnīgi no patērētāju tiesību viedokļa, turklāt neatkarīgi no tā, vai patērētājs cēlis iebildumus (sk. *Senāta 2016. gada 15. decembra sprieduma lietā Nr. SKC-383/2016, C30665112, 12. punktu, 2018. gada 26. janvāra sprieduma lietā Nr. SKC-40/2018, ECLI:LV:AT:2018:0126.C30516713.1.S, 8. punktu, 2020. gada 15. decembra sprieduma lietā Nr. SKC-693/2020, ECLI:LV:AT:2020:1215.C30478218.13.S, 7. punktu*).

Var piekrist, ka apdrošinātājs, noslēdzot apdrošināšanas līgumu ar patērētāju, likumā atļautajās robežās ir tiesīgs izmantot arī tādus līguma tipveida noteikumus, kuros attiecībā uz trešajai personai nodarīto mantiskā vai nemantiskā kaitējuma atlīdzināšanas pienākumu paredzēti ierobežojumi. Latgales apgabaltiesa savā 2022. gada 10. februāra spriedumā, motivējot /Persona D/ prasības noraidīšanu, cita starpā atsaukusies uz Direktīvas 93/13/EEK preambulas 19. apsvērumu, ka apdrošināšanas līgumos noteikumus, kas skaidri nosaka vai ierobežo apdrošināto risku vai apdrošinātāja atbildību, nevajadzētu pakļaut negodīguma novērtējumam, jo šos ierobežojumus ņem vērā, aprēķinot apdrošināšanas prēmiju, kuru maksā patērētājs (sk. *Latgales apgabaltiesas 2022. gada 10. februāra sprieduma izskatāmajā lietā 10. punktu*). Senāts 2023. gada 23. marta sprieduma šajā lietā 8.5. punktā jau norādījis, ka Latgales apgabaltiesa, vērtējot Apdrošināšanas noteikumu 13. punktā ietvertā termiņa nosacījuma iespējamo netaisnīgumu, nepamatoti atsaukusies uz minēto Direktīvas 93/13/EEK preambulas apsvērumu.

Eiropas Savienības Tiesa ir atzinusi, ka Eiropas Savienības tiesību akta preambulai nav saistoša juridiska spēka un uz to nevar atsaukties, lai atkāptos no attiecīgā akta noteikumiem vai lai tos interpretētu acīmredzami pretēji to formulējumam (sk. *Eiropas Savienības Tiesas 2005. gada 24. novembra sprieduma lietā „Deutsches Milch-Kontor”, C-136/04, ECLI:EU:C:2005:716, 32. punktu un tajā minēto judikatūru*).

Saskaņā ar Direktīvas 93/13/EEK 8. pantu dalībvalstis var pieņemt vai saglabāt visstingrākos Līgumam atbilstīgus noteikumus jomā, uz ko attiecas šī direktīva, lai nodrošinātu visaugstāko patērētāja aizsardzības līmeni. Arī Senāta praksē patērētāju tiesību aizsardzības jomā ir tikusi vērsta uzmanība uz dalībvalsts tiesībām paaugstināt patērētāja tiesību aizsardzības standartu (sk. *Senāta 2021. gada 28. decembra rīcības sēdes lēmuma lietā Nr. SKC-655/2021, ECLI:LV:AT:2021:1228.C28312614.9.L, 4.2. punktu*). Līdz ar to Direktīvas 93/13/EEK 19. apsvērumam nevar kalpot par attaisnojumu tam, lai nevērtētu apdrošināšanas līgumā noteikta apdrošinātāja atbildības ierobežojuma iespējamo netaisnīgumu.

Vienīgie patērētāja līguma noteikumi, kas nav pakļaujami netaisnīguma novērtējumam, ir minēti Patērētāju tiesību aizsardzības likuma 6. panta 2.2 daļā, proti, šā panta noteikumi neattiecas uz tādiem līguma noteikumiem,

kas definē līguma priekšmetu un cenu vai atlīdzības atbilstību precei, pakalpojumam, digitālajam saturam vai digitālajam pakalpojumam, ja tie ir formulēti vienkāršā un saprotamā valodā.

Saskaņā ar Apdrošināšanas līguma likuma 8. panta sesto daļu par apdrošināšanas līguma priekšmetu ir uzskatāms apdrošināšanas līgumā noteiktais apdrošināšanas objekts, apdrošināto risku kopums un noteiktie izņēmumi, apdrošinājuma summa un atbildības limits. No Patērētāju tiesību aizsardzības likuma 6. panta normu sistēmas turpretī secināms, ka savstarpēji neapspriesti līguma noteikumi vienmēr var tikt pakļauti netaisnīguma novērtējumam un nav atzīstami par tādiem, kas definē līguma priekšmetu. Patērētāju tiesību aizsardzības likuma 6. panta piektajā daļā noteikts, ka līguma noteikums vienmēr ir uzskatāms par savstarpēji neapspriestu, ja tas sastādīts iepriekš un līdz ar to patērētājam nav bijis iespējams ietekmēt attiecīgā noteikuma saturu; īpaši tas attiecas uz iepriekš sagatavotiem tipveida līgumiem. Atbildētājas apdrošināšanas noteikumi ir iepriekš sagatavoti tipveida līguma noteikumi minētās likuma normas izpratnē.

Tātad savstarpēji neapspriesti līguma noteikumi, kas ierobežo apdrošinātāja atbildības apmēru attiecībā uz trešajai personai nodarītajiem zaudējumiem (kaitējumu), var tikt pakļauti netaisnīguma novērtējumam, ja apdrošinātais ir patērētājs.

[16.3.2] Pienākums atlīdzināt nemantisko kaitējumu tajos gadījumos, kad neatļautas darbības rezultātā personai nodarīti miesas bojājumi vai citāds kaitējums veselībai, nedz Latvijā, nedz citās valstīs netiek uzskatīts par kaut ko netipisku. Gluži otrādi, nemantiskā jeb morālā kaitējuma atlīdzināšana ir pašsaprotama zaudējumu (kaitējuma) atlīdzināšanas komponente. Šāda pieeja tiek izmantota dažādu valstu civillikumu normās par miesas bojājumu rezultātā nodarītā kaitējuma atlīdzināšanu, par ko liecina, piemēram, jau minēto Latvijas Civillikuma 2347. panta un Austrijas Vispārējā Civillikuma (ABGB) 1325. paragrāfa saturs. Salīdzinājumam norādāms, ka nemateriālie zaudējumi (morālais kaitējums) personai ir atlīdzināmi atbilstoši Sauszemes transportlīdzekļu īpašnieku civiltiesiskās atbildības obligātās apdrošināšanas likuma 19. pantā noteiktajam.

Turklāt atbilstoši Apdrošināšanas līguma likuma 52. panta pirmās daļas otrajam teikumam apdrošināšanas atlīdzība civiltiesiskās atbildības apdrošināšanas gadījumā tiek izmaksāta saskaņā ar kompensācijas principu. Atbilstoši šā likuma 1. panta 18. punktam kompensācijas princips ir apdrošināšanas princips, saskaņā ar kuru apdrošināšanas atlīdzību aprēķina, ņemot vērā apdrošināšanas gadījumā radušos zaudējumu apmēru.

Senāts ir norādījis, ka apdrošināšanas tiesībās zaudējumu atlīdzināšana pēc kompensācijas principa nozīmē tiesības saņemt apdrošināšanas atlīdzību atbilstoši faktiskajiem zaudējumiem, kurus cietis apdrošinātais (sk. *Senāta 2021. gada 22. marta sprieduma lietā Nr. SKC-21/2021, ECLI:LV:AT:2021:0322.C29621015.18.S, 7. punktu*). Tādēļ apdrošināšanas atlīdzības apmērs nedrīkst būt lielāks par minētajiem zaudējumiem, taču tam jānosedz apdrošinātā patiesie zaudējumi (sk. *Senāta 2012. gada 23. maija sprieduma lietā Nr. SKC-139/2012, C30196507, 10.1. punktu*).

Tātad kompensācijas princips, no vienas puses, ir vērsts uz to, lai novērstu apdrošinātā iedzīvošanos uz apdrošinātāja rēķina apdrošināšanas gadījuma rezultātā (sk. *Mantrovs V. Apdrošināšanas tiesības. Rīga: LU Akadēmiskais apgāds, 2018, 168. lpp.*). No otras puses, kompensācijas princips aizsargā arī apdrošinātā tiesības, uzliekot apdrošinātājam pienākumu izmaksāt apdrošinātājam atlīdzību, kura tam pienākas par faktiski ciestajiem zaudējumiem.

Saskaņā ar Apdrošināšanas noteikumu 14.1.1. punktu viens no zaudējumu veidiem, ko atbildētāja apņēmusies atlīdzināt, ir zaudējumi sakarā ar trešās personas nāvi. Ja trešās personas nāves gadījumā apdrošinātājs neatlīdzina morālo kaitējumu nonāvētās trešās personas tuviniekiem, tad kā faktiski vienīgā atlīdzināmā zaudējumu pozīcija paliek apbedīšanas izdevumi. Kaut arī izskatāmās lietas faktiskie apstākļi atšķiras tādā ziņā, ka prasītājas izraisītā negadījuma rezultātā neiestājās trešās personas nāve, minētais piemērs var liecināt par iespējamu Apdrošināšanas noteikumu neatbilstību likumam, atbildētājai samazinot ar likumu noteikto atbildības apmēru par sliktu prasītājai, kura ir patērētāja.

Pretējs apdrošināšanas jēgai un Patērētāju tiesību aizsardzības likuma 5. un 6. pantā nostiprinātajam līgumslēdzēju pušu tiesiskās vienlīdzības principam būtu tāds stāvoklis, kurā par labu apdrošinātājam zūd līdzsvars apdrošinātāja un apdrošinājuma ņēmēja (apdrošinātā) savstarpējās tiesiskajās attiecībās. Proti, apdrošinātājs saņemtu apdrošināšanas prēmiju, bet, iestājoties apdrošināšanas gadījumam, gūtu iespēju atbrīvoties no

līgumsaistībām pilnībā vai to būtiskā daļā, formāli aizbildinoties ar līguma tipveida noteikumos norādītiem izņēmumiem, kas pretēji Patērētāju tiesību aizsardzības likuma normām samazina apdrošinātāja atbildību par sliktu patērētājam.

Patērētāju tiesību aizsardzības likuma 6. panta trešajā daļā noteikts, ka līguma noteikums, kuru līgumslēdzējas puses savstarpēji nav apspriedušas, ir netaisnīgs, ja tas pretēji labticīguma prasībām rada būtisku neatbilstību līgumā noteiktajās līgumslēdzēju pušu tiesībās un pienākumos par sliktu patērētājam. Saskaņā ar Patērētāju tiesību aizsardzības likuma 6. panta trešās daļas 1. punktu par netaisnīgiem noteikumiem uzskatāmi noteikumi, kas ir pretrunā ar šā likuma 5. pantu. Savukārt atbilstoši minētā panta 18. punktam netaisnīgi ir tādi noteikumi, kuri uzliek patērētājam pienākumu izpildīt visas līgumsaistības, bet ražotājs, pārdevējs vai pakalpojuma sniedzējs savas līgumsaistības neizpilda.

Iepriekš norādīto iemeslu dēļ tiesai vajadzēja apsvērt, vai Apdrošināšanas noteikumu 15.5. punktā ietvertais apdrošinātāja atbildības ierobežojums, saskaņā ar kuru apdrošinātājs neatlīdzina zaudējumus saistībā ar morālo kaitējumu, atbilst Patērētāju tiesību aizsardzības likumā minētajiem līguma noteikumu netaisnīguma kritērijiem. Pēc Senāta ieskata, tiesai it īpaši bija pamats pārbaudīt, vai minētais atbildības ierobežojums nav vērtējams kā tāds, kas pretēji līgumslēdzēju pušu tiesiskās vienlīdzības principam 1) samazina ar likumu noteikto pušu atbildību, 2) nosaka priekšrocības ražotājam, pārdevējam vai pakalpojuma sniedzējam un ierobežojumus patērētājam, 3) patērētāju nostāda neizdevīgā stāvoklī un ir pretrunā ar labticīguma prasībām (sk. *Patērētāju tiesību aizsardzības likuma 5. panta otrās daļas 1., 3. un 5. punktu*).

[16.4] Nepārbaudot Apdrošināšanas noteikumos ietvertā atbildības ierobežojuma, kas paredz neatlīdzināt ar morālo kaitējumu saistītos zaudējumus, iespējamo netaisnīgumu Patērētāju tiesību aizsardzības likuma normu izpratnē, tiesa nav izpildījusi sprieduma likumīgumam un pamatotībai noteiktās prasības, kā arī nav sniegusi pilnīgu juridisko novērtējumu konstatētajiem lietas apstākļiem. Tiesa ir pieļāvusi Civiltiesprocesa likuma 189. panta trešās daļas, 190. panta pirmās daļas un 193. panta piektās daļas noteikumu pārkāpumu, kas savukārt varēja novest pie lietas nepareizas izspriešanas daļā par 2500 EUR piedziņu no atbildētājas.

Par Apdrošināšanas noteikumu 13. punkta daļas netaisnīgumu un spēkā neesību

[17] Atbildētājas kasācijas sūdzībā par papildspriedumu minētie argumenti, kuri attiecas uz atbildētājas Apdrošināšanas noteikumu 13. punkta daļas („[...] ja trešās personas prasība par zaudējumu atlīdzību rakstiski iesniegta Jums vai mums apdrošināšanas periodā vai 30 (trīsdesmit) dienu laikā pēc apdrošināšanas perioda pēdējās dienas [...]”) atzīšanu par netaisnīgu un spēkā neesošu, ir noraidāmi.

[17.1] No Patērētāju tiesību aizsardzības likuma 6. panta vienpadsmitās daļas noteikumiem kopsakarā ar šā panta astotajā daļā minēto secināms, ka tiesa attiecībā uz patērētāju nepiemēro līgumā ietvertos netaisnīgos noteikumus tādēļ, ka netaisnīgi noteikumi nav spēkā no līguma noslēgšanas brīža. Tātad netaisnīga noteikuma nepiemērošana ir sekas tā spēkā neesībai, kura savukārt iestājusies noteikuma netaisnīguma dēļ. Tādēļ tiesa var aprobežoties ar konstatējumu, ka netaisnīgais noteikums netiek piemērots, taču tās kompetencē arī ir atzīt, ka netaisnīgais līguma noteikums ir spēkā neesošs.

[17.2] Pretēji kasācijas sūdzībā izteiktajam apgalvojumam Senāts 2023. gada 23. marta spriedumā nav devis tādu likuma tulkojumu, atbilstoši kuram tiesai būtu vajadzējis piemērot Patērētāju tiesību aizsardzības likuma 6. panta 2.2 daļu un aprobežoties ar Apdrošināšanas noteikumu 13. punkta strīdus daļas iztulkošanu par labu prasītājai, kas ir patērētāja. Uz minēto Patērētāju tiesību aizsardzības likuma normu, saskaņā ar kuru neskaidri un neprecīzi līguma noteikumi ir iztulkojami par labu patērētājam, Senāts 2023. gada 23. marta spriedumā nav atsaucies.

Kā atzinis Senāts, tad tiesa, konstatējot starp profesionāli un patērētāju noslēgtā līguma noteikuma netaisnīgumu, attiecīgo līguma noteikumu nepiemēro vispār, nevis vērtē, kāds būtu līgumsaistību taisnīgāks noregulējums. Tāpat Senāts nepārprotami norādījis uz nepieciešamību pārbaudīt Apdrošināšanas noteikumu 13. punktā ietvertā strīdus nosacījuma netaisnīgumu un vērtēt, vai konkrētajos apstākļos līgums var pastāvēt neatkarīgi no tā (sk. *Senāta 2023. gada 23. marta sprieduma izskatāmajā lietā 9.4. un 9.5. punktu*).

Līdz ar to nepamatots ir kasācijas sūdzībā ietvertais apgalvojums, ka tiesa nav ievērojusi Civilprocesa likuma 476. panta pirmajā daļā noteikto.

[17.3] Apdrošināšanas līguma likuma 49. pants, uz kuru norādīts kasācijas sūdzībā, attiecas uz termiņu, kas civiltiesiskās atbildības apdrošināšanas līgumā noteikts trešās personas prasībai pret apdrošināto. Kā norādījis Senāts, nekādus minētā termiņa ierobežojumus likums nenosaka. Turklāt attiecībā uz Apdrošināšanas noteikumu 13. punktā minēto termiņu Senāts atzinis, ka tiesai jāapsver, vai vispār ir saprātīgi un ticami sagaidīt, ka cietusī trešā persona pieteiks zaudējumu atlīdzību 30 dienu laikā no negadījuma dienas, ņemot vērā, kāda veida un smaguma traumas var un arī tiek nodarītas slēpojot un snovojot (sk. *Senāta 2023. gada 23. marta sprieduma izskatāmajā lietā 9. un 9.2. punktu*).

Izvērstu argumentāciju tam, kādēļ iepriekš minētā Apdrošināšanas noteikumu 13. punkta daļa atzīstama par netaisnīgu, Latgales apgabaltiesa, atsaucoties uz Patērētāju tiesību aizsardzības likuma 5. un 6. panta normām un Senāta 2023. gada 23. marta sprieduma atziņām, sniegusi 2023. gada 7. septembra spriedumā. Kā redzams no šā sprieduma motīviem, tad strīdus nosacījuma netaisnīguma iemesls ir nevis termiņa noteikšana vispār, bet gan tas, ka 30 dienu termiņš ir nesamērīgs, proti, neattaisnojami īss. Tādēļ nevar piekrist kasācijas sūdzības iesniedzējas viedoklim, ka Apdrošināšanas līguma likuma 49. pants liegtu pakļaut attiecīgo līguma noteikumu netaisnīguma novērtējumam vai arī šāds novērtējums būtu pretējs likumdevēja gribai.

[17.4] Senāts atzīst, ka tiesa, novērtējot minētās Apdrošināšanas noteikumu 13. punkta daļas („[...] ja trešās personas prasība par zaudējumu atlīdzību rakstiski iesniegta Jums vai mums apdrošināšanas periodā vai 30 (trīsdesmit) dienu laikā pēc apdrošināšanas perioda pēdējās dienas [...]”) netaisnīgumu un atzīstot minēto nosacījumu par spēkā neesošu, ir pareizi piemērojusi materiālo tiesību normas un nav pārkāpusi procesuālo tiesību normas.

Par prasītājas labā piedzītajiem izdevumiem advokāta palīdzības samaksai

[18] Kaut arī atbildētāja savā kasācijas sūdzībā par papildspriedumu nav konkrēti minējusi Civilprocesa likuma normas, kuras tiesa pārkāpusi, lemjot par prasītājai atlīdzināmajiem izdevumiem advokāta palīdzības samaksai, var piekrist, ka tiesa pieļāvusi kļūdu minētā jautājuma izlemšanā.

Kasācijas sūdzībā pareizi norādīts uz Senāta judikatūru par advokātam atlīdzināmo izdevumu noteikšanu prasības daļējas apmierināšanas gadījumā. Proti, Senāts atzinis, ka mantiska rakstura prasības daļējas apmierināšanas gadījumā izdevumi advokāta palīdzības samaksai atlīdzināmi atkarībā no prasības summas, kuras pamatotība apstiprinājumu guvusi lietas izskatīšanas gaitā, nevis no summas, kas bez tiesiska (faktiska) pamata uzrādīta sākotnējā prasības pieteikumā (sk. *Senāta 2023. gada 28. septembra sprieduma lietā Nr. SKC-390/2023, ECLI:LV:AT:2023:0928.C69264721.13.S, 3. punktu*).

Senāta judikatūrā atzīts, ka kritērijs prasības rakstura (mantiska vai nemantiska) noteikšanai ir apsvērums, vai ar konkrēto prasījumu tiek iegūts kāds mantiski novērtējams labums (sk. *Senāta 2018. gada 30. augusta sprieduma lietā Nr. SKC-179/2018, ECLI:LV:AT:2018:0830.C31302315.1.S, 8.2. punktu, 2024. gada 16. decembra rīcības sēdes lēmuma lietā Nr. SKC-937/2024, ECLI:LV:AT:2024:1216.C68291820.17.L, 4.1. punktu*). Tiesa pārbaudāmajā papildspriedumā pamatoti atzinusi, ka prasībai ir mantisks raksturs, jo prasības būtība ir apdrošināšanas atlīdzības piedziņa. Kaut arī prasībā ietverts arī nemantisks prasījums, proti, prasījums atzīt apdrošināšanas līguma noteikumu par netaisnīgu un spēkā neesošu, abi prasītājas pieteiktie prasījumi ir vērsti uz mantiski novērtējama labuma iegūšanu, t. i., uz pieprasītās apdrošināšanas atlīdzības piespriešanu.

Tomēr tiesa, atzīstot lietu par sarežģītu, noteikusi no atbildētājas piedzenamos izdevumus advokāta palīdzības samaksai atbilstoši Civilprocesa likuma 44. panta pirmās daļas 1. punkta „e” apakšpunktam, kas piemērojams tikai nemantiska rakstura prasībām.

Lai pareizi attiecinātu Civilprocesa likuma 44. panta pirmās daļas 1. punkta „e” apakšpunktu uz lietas apstākļiem, likumā noteiktajā procesuālajā kārtībā ir jākonstatē tādi faktiskie apstākļi, kas pamato, ka kumulatīvi izpildās divas normas tiesiskā sastāva pazīmes: 1) prasībai nav mantiska rakstura; 2) tiesa lietu ir atzinusi par sarežģītu (sk. *Senāta 2024. gada 16. decembra sprieduma lietā Nr. SKC-211/2024, ECLI:LV:AT:2024:1216.C30450221.13.S, 10.2. punktu*).

Līdz ar to tiesai, nosakot atlīdzināmos izdevumus advokāta palīdzības samaksai, vajadzēja piemērot tās Civilprocesa likuma 44. panta pirmās daļas normas, kurās noteikti atlīdzināmie izdevumi advokāta palīdzības samaksai atbilstoši prasības summai, kuras pamatotība apstiprinājumu guvusi lietas izskatīšanas gaitā. Minētā panta pirmās daļas 1. punkta „e” apakšpunkta piemērošana novedusi pie lietas nepareizas izspriešanas daļā par izdevumu advokāta palīdzības samaksai piedziņu no atbildētājas.

Senāta secinājumu kopsavilkums par lietas iznākumu apelācijas instances tiesā

[19] Apkopojot visu iepriekš minēto, Senāts atzīst, ka tiesa, neraugoties uz pārbaudāmā sprieduma argumentācijas nepilnībām, ir pareizi izspriedusi lietu daļā, kurā spriedumu pārsūdzējusi atbildētāja. Proti, tiesa pamatoti piedzinusi no atbildētājas par labu prasītājam cietušās personas darba devēja pretenzijā minēto summu 3260,16 EUR.

Savukārt Apdrošināšanas līguma likumā ietvertu materiālo tiesību normu nepareiza piemērošana un Civilprocesa likumā noteikto prasību, kuras izvirzītas sprieduma saturam, neizpildīšana varēja novest pie lietas nepareizas izspriešanas, tiesai noraidot prasību daļā par 2940,38 EUR, kas ir Vācijas apdrošināšanas sabiedrības „HUK-COBURG” regresa prasījums, piedziņu no atbildētājas. Tiesas pieļautās kļūdas materiālo tiesību normu piemērošanā, nepārbaudot Apdrošināšanas noteikumos ietvertā atbildības ierobežojuma, kas paredz neatlīdzināt ar morālo kaitējumu saistītos zaudējumus, iespējamo netaisnīgumu, un ar šīm kļūdām saistītie procesuālo tiesību normu pārkāpumi varēja novest pie lietas nepareizas izspriešanas daļā par 2500 EUR piedziņu no atbildētājas.

Papildspriedumā tiesa pareizi nospriedusi atzīt par netaisnīgu un spēcā neesošu Apdrošināšanas noteikumu 13. punktā ietvertu strīdus nosacījumu. Savukārt Civilprocesa likuma 44. panta normu pārkāpums papildspriedumā ir novedis pie lietas nepareizas izspriešanas daļā par izdevumu advokāta palīdzības samaksai atlīdzināšanu prasītājam.

Līdz ar to prasītājas kasācijas sūdzība ir apmierināma, bet atbildētājas kasācijas sūdzība par papildspriedumu – apmierināma daļēji.

Rezolutīvā daļa

Pamatojoties uz Civilprocesa likuma 474. panta 2. punktu, Senāts

nosprieda

atcelt Latgales apgabaltiesas 2023. gada 7. februāra spriedumu daļā, kurā noraidīta prasība par apdrošināšanas atlīdzības 5540,38 EUR piedziņu un 2023. gada 4. decembra papildspriedumu daļā, kurā no AAS „BTA Baltic Insurance Company” /Persona D/ labā piedzīti izdevumi advokāta palīdzības samaksai 2900 EUR apmērā, un nodot lietu šajā daļā jaunai izskatīšanai apelācijas instances tiesā;

atstāt negrozītu Latgales apgabaltiesas 2023. gada 7. februāra spriedumu daļā, kurā no AAS „BTA Baltic Insurance Company” /Persona D/ labā piedzīti 3260,16 EUR sakarā ar prasītājam iesniegto cietušās personas darba devēja /Nosaukums A/ pretenziju, kā arī atstāt negrozītu Latgales apgabaltiesas 2023. gada 4. decembra papildspriedumu daļā, kurā Apdrošināšanas noteikumu 13. punkta daļa („[..] ja trešās personas prasība par zaudējumu atlīdzību rakstiski iesniegta Jums vai mums apdrošināšanas periodā vai 30 (trīsdesmit) dienu laikā pēc apdrošināšanas perioda pēdējās dienas [..]”) atzīta par netaisnīgu un spēcā neesošu;

atmaksāt /Persona D/ un AAS „BTA Baltic Insurance Company” drošības naudu 300 EUR (trīs simti *euro*) katrai.

Spriedums nav pārsūdzams.

Senators K. Balodis Senators I. Bisters Senators E. Kalniņš