



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

**SPRENDIMAS
DĖL I. G. IR ADB „GJENSIDIGE“ GINČO NAGRINĖJIMO**

2018 m. balandžio 18 d. Nr. 242-166
Vilnius

Lietuvos bankas gavo I. G. (toliau – pareiškėja) kreipimąsi, kuriame pareiškėja prašė išnagrinėti tarp jos ir ADB „Gjensidige“ (toliau – draudikas) kilusį ginčą.

N u s t a t y t a:

2018 m. sausio 4 d. pareiškėja su draudiku sudarė Kelionių draudimo sutartį (toliau – draudimo sutartis) Kelionių draudimo taisyklių Nr. 061 (toliau – Taisyklės) pagrindu, kuria apdraudė savo turtinius interesus, susijusius su medicininių išlaidų ir repatriacijos draudimu, nelaimingų atsitikimų draudimu, asmens civilinės atsakomybės draudimu. Draudimo sutarties sudarymą patvirtina draudimo liudijimas VIP Nr. *duomenys neskelbtini* (toliau – Draudimo liudijimas).

2018 m. sausio 14 d. pareiškėja, slidinédama Austrijoje, patyrė peties traumą. 2018 m. sausio 15 d. pareiškėja kreipėsi į vietinę (Austrijoje) gydymo įstaigą, kurioje jai buvo diagnozuotas didžiojo gumburėlio lūžis su poslinkiu po petinę ataugą, ranka buvo imobilizuota įtvaru. 2018 m. sausio 16 d. pareiškėja savarankiškai parvyko į Lietuvą ir tą pačią dieną kreipėsi į VšĮ Respublikinę Vilniaus universitetinę ligoninę. 2018 m. sausio 25 d. UAB „Northway chirurgijos centras“ pareiškėjai atliko operaciją, o 2018 m. sausio 26 d. pareiškėja buvo išrašyta iš gydymo įstaigos tolesniam ambulatoriniam gydymui.

2018 m. sausio 29 d. draudikas išmokėjo pareiškėjai 193,75 Eur draudimo išmoką dėl kreipimosi į užsienio gydymo įstaigą, pagal medicininių išlaidų draudimo riziką, taip pat 240 Eur draudimo išmoką dėl patirtos traumos, pagal nelaimingų atsitikimų draudimo riziką, o 2018 m. sausio 31 d. išmokėjo pareiškėjai 300 Eur draudimo išmoką dėl atliktos operacijos, pagal medicininių išlaidų draudimo riziką.

2018 m. sausio 30 d. pareiškėja pateikė draudikui pretenziją atlyginti jos patirtas 350 Eur išlaidas dėl vykimo taksi į oro uostą Austrijoje ir 72 Eur lėktuvo bilietai iš Austrijos į Lietuvą išlaidas. Pareiškėja nurodė, kad Taisyklių 39.6 papunktyje reglamentuojama, kad draudikas atlygina medicininio repatrijavimo į šalį, kurios pilietybę apdraustasis turi arba kurioje jis nuolat gyvena ir turi leidimą nuolat gyventi, išlaidas. Pareiškėjos teigimu, vadovaujantis šia Taisyklių nuostata draudikas įsipareigojo kompensuoti grįžimo į Lietuvą išlaidas, jeigu apdraustasis stacionariam gydymui į ligoninę guldomas ne vėliau kaip per 14 dienų nuo grįžimo į pilietybės šalį dienos. Pareiškėja teigia, kad per Taisyklių 39.6 papunktyje nustatytą terminą ji kreipėsi į gydymo įstaigą Lietuvoje. Draudikui atsisakius atlyginti kelionės į Lietuvą išlaidas, motyvuojant tuo, kad pareiškėjos patirtos išlaidos nepatenka į Taisyklių 39.6 papunkčio nuostatų taikymo apimtį, pareiškėja kreipėsi į Lietuvos banką dėl vartojimo ginčo nagrinėjimo.

Kreipimesi pareiškėja teigia, kad jos patirtos grįžimo į Lietuvą išlaidos atitinka Taisyklėse apibrėžto medicininio repatrijavimo sąlygas. Pareiškėjos teigimu, draudikas neįvertino įvykio aplinkybių bei atsiradusių išlaidų priežastinio ryšio ir remdamasis vien tik formaliu draudimo sąlygų punktu (kad pareiškėja nebuvo gydoma stacionariu būdu ir nebuvo transportuota tiesiogiai iš gydymo įstaigos) atsisakė atlyginti jos patirtas išlaidas. Pareiškėja teigia, kad vien tik formalus Taisyklių sąlygos neatitikimas, t. y. tai, kad pareiškėja nebuvo hospitalizuota stacionare ir kad nebuvo pervežama tiesiogiai iš gydymo įstaigos, negali būti pakankamas pagrindas nemokėti draudimo išmokos. Pareiškėja pabrėžė, kad ji savarankiškai susiorganizavo grįžimą į Lietuvą, nes turėjo tęsti patirtos traumos skubų ir efektyvų gydymą Lietuvoje, ir iškart kreipėsi į Respublikinę Vilniaus universitetinę ligoninę. Pareiškėja teigia, kad draudiko pozicija neatlyginti grįžimo į Lietuvą išlaidų yra ekonominiu požiūriu neefektyvi, nes, jeigu gydymas būtų buvęs organizuojamas stacionarioje gydymo įstaigoje Austrijoje ir iš Austrijos gydymo įstaigos būtų organizuojamas vežimas į Lietuvą, draudikas būtų patyręs daug didesnių išlaidų. Pareiškėja remiasi Lietuvos Respublikos civilinio kodekso 6.193 straipsniu, kuris reglamentuoja, kad sutartys turi būti aiškinamos sąžiningai, aiškinant sutartį turi būti aiškinamasi, kokie tikrieji šalių ketinimai, ir visada sutarties sąlygos turi būti aiškinamos vartotojo naudai. Pareiškėja nurodo, kad sudarydama kelionių draudimo sutartį tikėjosi tokios draudimo apsaugos, kad atsitikus draudimo sutartyje nurodytam įvykiui, kai dėl patirtos traumos negalės tęsti kelionės, draudikas kompensuos grįžimo į Lietuvą išlaidas. Pareiškėja prašė rekomenduoti draudikui išmokėti draudimo išmoką, atlyginančią jos grįžimo į Lietuvą išlaidas.

Draudikas Lietuvos bankui pateiktame atsiliepime paaiškino, kad sudarytos sutarties pagrindu tarp draudėjo (pareiškėjos) ir draudiko susiklostė draudimo teisiniai santykiai, pagal kuriuos draudikas įsipareigojo už sutartyje nustatytą draudimo įmoką (premiją) sumokėti kitai šaliai (draudėjui) arba trečiajam asmeniui, kurio naudai sudaryta draudimo sutartis, įstatyme ar draudimo sutartyje nustatytą draudimo išmoką, apskaičiuotą įstatyme ar draudimo sutartyje nustatyta tvarka, jeigu įvyksta įstatyme ar draudimo sutartyje nustatytas draudžiamasis įvykis. Vadovaujantis Taisyklių 39.6 papunkčiu, neviršydamas draudimo sumos, draudikas apmoka apdraustojos išlaidas užsienyje ir dėl medicininio repatrijavimo. Taisyklių 39.6 papunktyje nurodoma, jog medicininio repatrijavimo išlaidos į šalį, kurios pilietybę apdraustasis turi arba kurioje jis nuolat gyvena ir turi leidimą nuolat gyventi, gali būti apmokamos tik tuo atveju, jei apdraustasis transportuojamas tiesiai iš užsienio stacionarinio gydymo įstaigos į šalį, kurios pilietybę apdraustasis turi arba kurioje jis nuolat gyvena ir turi leidimą nuolat gyventi, tolimesniam stacionariniam gydymui, su sąlyga, kad apdraustasis stacionariniam gydymui į ligoninę guldomas ne vėliau kaip per 14 kalendorinių dienų nuo grįžimo į šalį, kurios pilietybę apdraustasis turi arba kurioje jis nuolat gyvena ir turi leidimą nuolat gyventi, dienos. Draudikas teigia, kad iš pareiškėjos 2018 m. sausio 19 d. draudikui pateiktų medicininių dokumentų matyti, kad ji nebuvo užsienyje gydyta stacionariu būdu, stacionarus gydymas jai buvo taikytas tik grįžus į Lietuvą ir grįžimą į Lietuvą pareiškėja susiorganizavo savarankiškai, t. y. ji nebuvo gydymo įstaigos transportuojama į Lietuvą ir prieš grįžimą nesikonsultavo su draudiku. Atsižvelgdamas į šias aplinkybes, 2018 m. sausio 26 d. draudikas priėmė sprendimą, kad repatriacijos išlaidos (pareiškėjos nurodytos lėktuvo bilietų, vykimo taksi iki oro uosto išlaidos) nebus atlygintos, nes pareiškėjos prašymas mokėti išmoką dėl medicininės repatriacijos patirtų išlaidų neatitinka Taisyklių 39.6 papunkčio nuostatų. Atsižvelgdamas į išdėstytas aplinkybes, draudikas prašė atmesti pareiškėjos reikalavimą kaip nepagrįstą.

K o n s t a t u o j a m a:

Vadovaujantis Vartotojų ir finansų rinkos dalyvių ginčų neteisminio sprendimo procedūros Lietuvos banke taisyklių, patvirtintų Lietuvos banko valdybos 2012 m. sausio 26 d. nutarimu Nr. 03-23 (2016 m. sausio 28 d. redakcija), 45 punktu, vartojimo ginčai Lietuvos banke nagrinėjami laikantis rungimosi, ginčų nagrinėjimo operatyvumo, koncentracijos, ekonomiškumo ir bendradarbiavimo principų. Nagrinėdamas ginčą Lietuvos bankas atlieka pateiktų įrodymų vertinimą ir jo pagrindu priima sprendimą.

Kaip matyti iš Lietuvos bankui pateiktų dokumentų ir informacijos, tarp šalių kilo ginčas dėl medicininio repatrijavimo išlaidų atlyginimą reglamentuojančių Taisyklių nuostatų aiškinimo bei draudimo išmokos išmokėjimo.

Tarp pareiškėjos ir draudiko sudaryta draudimo sutartis, kuria buvo apdrausti pareiškėjos turtiniai interesai, yra savanoriška, todėl draudikas, vadovaudamasis Civilinio kodekso 6.156 straipsnio 1 dalies nuostatomis, tokio pobūdžio sutartyse gali savo nuožiūra pasiūlyti sąlygas, susijusias su teikiamos draudimo apsaugos apimtimi. Lietuvos Aukščiausiasis teismas savo praktikoje yra nurodęs, kad draudimo sutartimi draudimo objektui teikiama draudimo apsauga nėra absoliuti – draudikas, prisiimdamas draudimo riziką, nustato draudimo sutartimi suteikiamos draudimo apsaugos ribas – atvejus, kada mokama draudimo išmoka, ir atvejus, kada draudikas yra atleidžiamas nuo pareigos mokėti draudimo išmoką. Draudimo apsauga numatoma tiek draudiko parengtose draudimo rūšies taisyklėse, tiek draudimo liudijime aptartose individualiose sąlygose. Draudimo taisyklėse nustatomi atvejai, kurie laikytini draudžiamaisiais įvykiais, taip pat kurie nelaikytini. Taigi draudiko pareiga išmokėti draudimo išmoką pagal įstatymuose nustatytą teisinį reglamentavimą ir draudimo sutartį siejama su draudžiamojo įvykio fakto nustatymu (Civilinio kodekso 6.987 straipsnis) (*Lietuvos Aukščiausiojo Teismo Civilinių bylų skyriaus teisėjų kolegijos 2013 m. balandžio 19 d. nutartis, priimta civilinėje byloje Nr. 3K-3-215/2013*).

Medicininio repatrijavimo draudimą reglamentuojančiame Taisyklių 39.6 papunktyje nustatyta, kad „medicininio repatrijavimo į šalį, kurios pilietybę apdraustasis turi arba kurioje jis nuolat gyvena ir turi leidimą nuolat gyventi išlaidos apmokamos tik tuo atveju, jei apdraustasis transportuojamas iš užsienio stacionarinio gydymo įstaigos į šalį, kurios pilietybę apdraustasis turi arba kurioje jis nuolat gyvena ir turi leidimą nuolat gyventi, tolimesniam stacionariniam gydymui, su sąlyga, kad apdraustasis stacionariniam gydymui į ligoninę guldomas ne vėliau kaip per 14 kalendorinių dienų nuo grįžimo į šalį, kurios pilietybę apdraustasis turi arba kurioje jis nuolat gyvena ir turi leidimą nuolat gyventi“. Šių išlaidų būtinumą draudikas turi patvirtinti raštu. Jei medicininis pervežimas organizuotas raštu nesuderinus su draudiku, sprendimą dėl medicininio pervežimo būtinumo ir išlaidų apmokėjimo vienareikšmiškai priima draudikas, įvertinęs įvykio aplinkybes. Jeigu sprendimas teigiamas, draudikas atlygina minimalaus dydžio išlaidas, už kurias būtų galėjęs suorganizuoti medicininį pervežimą.

Sprendžiant dėl ginčo šalių pateiktų reikalavimų pagrįstumo, būtina įvertinti Taisyklių 39.6 papunkčio sąlygas ir nustatyti, ar draudikas pagrįstai atsisakė tenkinti pareiškėjos reikalavimą kompensuoti kelionės į Lietuvą išlaidas. Kaip minėta, draudikas sprendimą neapmokėti pareiškėjai kelionės į Lietuvą išlaidų grindžia tuo, kad pareiškėja į Lietuvą nebuvo transportuota iš stacionarinio gydymo įstaigos, o pati savarankiškai susiorganizavo grįžimą, prieš tai nepasitarusi su draudiku, kaip tai įpareigoja padaryti Taisyklių 39.6 papunkčio nuostatos. Pareiškėja teigia, kad esminė aplinkybė, pagal Taisyklių 39.6 papunktį, yra ne tai, kad ji nebuvo transportuota iš Austrijos gydymo įstaigos į Lietuvą, o tai, kad ji per 14 kalendorinių dienų nuo grįžimo į Lietuvą dienos kreipėsi į stacionarią gydymo įstaigą Lietuvoje. Pareiškėjos teigimu, vien tik faktas, kad ji nebuvo gydoma stacionarinėje gydymo įstaigoje ir nebuvo iš jos transportuota į Lietuvą, neturėtų būti pagrindas draudikui nemokėti draudimo išmokos. Pareiškėjos teigimu, sutarties sąlygos turėtų būti aiškinamos remiantis ne vien pažodiniu sutarties teksto aiškinimu, o turėtų būti nustatomi tikrieji sutarties šalių ketinimai.

Esant sutarties šalių nesutarimams dėl sudarytos sutarties sąlygų turinio, jos turi būti aiškinamos pagal Civilinio kodekso 6.193 straipsnyje įtvirtintas Bendrąsias sutarčių aiškinimo taisykles, vadovaujantis sąžiningumo bei sisteminio sutarties sąlygų aiškinimo principais. Sutartis turi būti aiškinama nustatant tikruosius šalių ketinimus, atsižvelgiant į sutarties sąlygų tarpusavio ryšį, jos esmę bei tikslą, jos sudarymo aplinkybes, šalių elgesį prieš ir po sutarties sudarymo. Esminiai sutarčių aiškinimo principai – nagrinėti tikruosius šalių ketinimus ir aiškinti sutartį sąžiningai – lemia būtinybę aiškinant sutarties sąlygas įvertinti sutarties šalių elgesį, jų subjektyvią nuomonę dėl sutarties sąlygų turinio ir tų sąlygų suvokimą sutarties sudarymo metu, tačiau, kai šalių ketinimai nesutampa, būtina atsižvelgti ir į sutarties sąlygų lingvistinę reikšmę, nes sutarties

teksto lingvistinė analizė gali padėti nustatyti, kurios šalies ketinimai atitinka lingvistinę prasmę (*Lietuvos Aukščiausiojo Teismo Civilinių bylų skyriaus teisėjų kolegijos 2012 m. balandžio 4 d. nutartis, priimta civilinėje byloje Nr. 3K-3-146/2012*). Civilinio kodekso 6.193 straipsnio 4 dalyje nustatyta, kad tais atvejais, kai abejojama dėl sutarties sąlygų, jos aiškinamos tas sąlygas pasiūliusios šalies nenaudai ir jas priėmusios šalies naudai. Visais atvejais sutarties sąlygos yra aiškinamos sutartį prisijungimo būdu sudariusios šalies naudai.

Kaip jau buvo minėta, Taisyklių 39.6 papunktyje, kuriuo draudikas remiasi kaip savo atsikirtimų į pareiškėjos kreipimesi nurodytas aplinkybes pagrindu ir grindžia sprendimą nemokėti draudimo išmokos už kelionės į Lietuvą išlaidas, nurodyta – „medicininio repatrijavimo į šalį, kurios pilietybę apdraustasis turi arba kurioje jis nuolat gyvena ir turi leidimą nuolat gyventi išlaidos apmokamos tik tuo atveju, jei apdraustasis transportuojamas iš užsienio stacionarinio gydymo įstaigos į šalį, kurios pilietybę apdraustasis turi arba kurioje jis nuolat gyvena ir turi leidimą nuolat gyventi, tolimesniam stacionariniam gydymui, su sąlyga, kad apdraustasis stacionariniam gydymui į ligoninę guldomas ne vėliau kaip per 14 kalendorinių dienų nuo grįžimo į šalį, kurios pilietybę apdraustasis turi arba kurioje jis nuolat gyvena ir turi leidimą nuolat gyventi“. Draudikas šią Taisyklių nuostatą aiškina taip, kad draudėjas turėtų būti gydomas užsienio stacionarinėje gydymo įstaigoje ir iš jos transportuojamas šio ginčo atveju į Lietuvą tolesniam gydymui. Pareiškėjos teigimu, šioje sąlygoje svarbiausia aplinkybė yra ta, kad asmuo toliau tęsia gydymą savo šalyje. Analizuojant minėtos Taisyklių sąlygos nuostatą matyti, kad draudimo išmokai yra keliamos dvi sąlygos: 1) draudėjo *transportavimas iš stacionarinio gydymo įstaigos*; 2) draudėjo transportavimo tikslas – tęsti tolesnį stacionarinį gydymą savo šalyje. Taisyklių sąlyga aiškiai apibrėžia, kad asmuo turi būti transportuojamas iš gydymo įstaigos. Šios Taisyklių sąlygos lingvistinė konstrukcija yra aiški ir neleidžia įžvelgti galimo keleriopo jos turinio suvokimo. Be to, to pačio Taisyklių 39.6 papunkčio antra dalis, kuri aiškiai nustato, kad draudikas raštu turi patvirtinti tokių išlaidų būtinumą ir kartu numato šios pareigos nevykdymo pasekmes – kai medicininis pervežimas organizuotas raštu nesuderinus su draudiku, tai sprendimą dėl medicininio pervežimo būtinumo ir išlaidų apmokėjimo vienareikšmiškai priima draudikas, įvertinęs įvykio aplinkybes.

Pareiškėja nurodė, kad ji savarankiškai nusprendė grįžti į Lietuvą, norėdama tęsti patirtos traumos skubų ir efektyvų gydymą savo šalyje, t. y. pareiškėja iš esmės teigia, kad jai buvo būtina grįžti į Lietuvą anksčiau, nei numatytas grįžimas. Sprendžiant, ar pareiškėjai buvo iškilusi būtinybė organizuoti ankstesnį grįžimą į Lietuvą, pažymėtina, kad ginčo byloje nėra pateikta duomenų (pvz., gydytojų įrašų), patvirtinančių, kad pareiškėjai būtina grįžti į Lietuvą ir tęsti gydymą Lietuvoje. Respublikinės Vilniaus universitetinės ligoninės, į kurią pareiškėja kreipėsi 2018 m. sausio 16 d., išduotame medicinos dokumentų išrašė yra gydytojo žyma, kad pareiškėjai rekomenduojami „analgetikai, šaltis, tausojantis režimas, imobilizacija, būklei pablogėjus skubiai kreiptis į gydymo įstaigą“. Minėtame išrašė taip pat pažymima, kad pareiškėja 2018 m. sausio 30 d. turi atvykti planinių konsultacijų pas gydytoją. Taigi, iš esmės, pareiškėjai iškart grįžus į Lietuvą, nebuvo paskirtas stacionarus gydymas, o paskirtas ambulatorinis gydymas. Todėl įvertinus ginčo byloje esančius duomenis, nėra pagrindo daryti išvados, kad pareiškėjos grįžimas į Lietuvą 2018 m. sausio 16 d. buvo būtinas.

Iš ginčo bylos duomenų matyti, kad pareiškėja nebuvo transportuojama iš užsienio gydymo įstaigos, o kelionę į Lietuvą organizavosi savarankiškai ir prieš priimdama sprendimą parvykti į Lietuvą nesikonsultavo su draudiku dėl tokių išlaidų būtinumo. Draudikas, vadovaudamasis Taisyklių 39.6 papunkčiu ir įvertinęs įvykio aplinkybes, nusprendė, kad nebuvo pareiškėjos medicininio pervežimo būtinumo. Kaip jau buvo minėta, tarp pareiškėjos ir draudiko sudaryta sutartis yra savanoriško draudimo sutartis, todėl draudikas, prisiimdamas draudimo riziką, nustato draudimo sutartimi suteikiamos draudimo apsaugos ribas. Nagrinėjamo ginčo atveju nebuvo pagrindo konstatuoti, kad Taisyklių 39.6 papunkčio sąlyga yra neaiški, dėl to pareiškėja galėjo nesuprasti jos taikymo sąlygų. Taip pat ginčo byloje esantys duomenys nepagrindžia, kad pareiškėjos grįžimas į Lietuvą 2018 m. sausio 16 d. buvo būtinas. Atsižvelgiant į tai, kas išdėstyta,

vertintina, kad pareiškėjos reikalavimas draudikui atlyginti kelionės į Lietuvą išlaidas yra nepagrįstas.

Remdamasis tuo, kas išdėstyta, ir vadovaudamasis Lietuvos Respublikos vartotojų teisių apsaugos įstatymo 27 straipsnio 1 dalies 3 punktu, Lietuvos banko valdybos 2012 m. sausio 26 d. nutarimo Nr. 03-23 „Dėl Vartotojų ir finansų rinkos dalyvių ginčų neteisminio sprendimo procedūros Lietuvos banke taisyklių patvirtinimo“ 2 punktu ir šiuo nutarimu patvirtintų Vartotojų ir finansų rinkos dalyvių ginčų neteisminio sprendimo procedūros Lietuvos banke taisyklių 59.3 papunkčiu, n u s p r e n d ž i u:

Atmesti pareiškėjos I. G. reikalavimą.

Lietuvos banko sprendimas dėl ginčo esmės yra rekomendacinio pobūdžio ir teismui neskundžiamas. Vartotojui ir finansų rinkos dalyviui išlieka teisė dėl ginčo sprendimo kreiptis į teismą arba kitą ginčų nagrinėjimo instituciją įstatymų nustatyta tvarka. Kreipimasis į teismą po Lietuvos banko sprendimo dėl ginčo esmės priėmimo nelaikomas šio sprendimo apskundimu.

Direktorius

Mindaugas Šalčius