



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

**SPRENDIMAS  
DĖL L. B. IR AB „LIETUVOS DRAUDIMAS“ GINČO NAGRINĖJIMO**

2016 m. liepos 20 d. Nr. 242-276  
Vilnius

Lietuvos bankas gavo L. B. (toliau – pareiškėjas) kreipimąsi, kuriuo pareiškėjas prašė išnagrinėti tarp jo ir AB „Lietuvos draudimas“ (toliau – draudikas) kilusį ginčą.

N u s t a t y t a:

2015 m. lapkričio 9 d. pareiškėjas ir draudikas sudarė kompleksinio kelionių draudimo sutartį (*duomenys neskelbtini*), kuria nuo 2015 m. lapkričio 9 iki 13 d. buvo apdraustos šios draudimo rizikos: medicinos išlaidos ir repatriacija, civilinės atsakomybės draudimas, nelaimingų atsitikimų draudimas, nenumatytos kelionės išlaidos.

2015 m. lapkričio 14 d. pareiškėjas draudikui pateikė pranešimą apie 2015 m. lapkričio 9 d. kreipimąsi į gydymo įstaigą – Aichštено kliniką, esančią Vokietijoje. Pareiškėjas draudikui pateikė gydytojo O. G. parašu patvirtintą 2015 m. lapkričio 9 d. medicinos dokumentų išrašą, kuriame nurodyta, kad pareiškėjui buvo diagnozuoti „su judėjimu susiję krūtinės ląstos skausmai, somatinė depresija“. 2015 m. lapkričio 9 d. medicinos dokumentų išrašė taip pat nurodyta, kad „pacientas atvyko dėl susijusių su apkrovimais krūtinės ląstos kairiosios pusės skausmų ir su baimės simptomatika. Pagal anamnezę pasikartojantys skausmai nuo sausio mėnesio po šeimos nario mirties. Daug kartų yra buvęs pas kardiologus ir psichologus, bet be rezultatų.“

Draudikas, įvertinęs pareiškėjo pateiktuose medicinos dokumentuose nurodytą informaciją, pareiškėją 2015 m. lapkričio 25 d. raštu informavo apie priimtą sprendimą nemokėti draudimo išmokos dėl 2015 m. lapkričio 9 d. įvykio. Draudikas 2015 m. lapkričio 25 d. rašte pareiškėjui nurodė, kad pagal draudimo sutarties sąlygas draudimo išmoka mokama tik dėl apdraustojo ūmaus sveikatos sutrikimo, kurio simptomai reikalauja būtinosios medicinos pagalbos. Draudikas taip pat pažymėjo, kad, remiantis Kompleksinių kelionių draudimo taisyklių Nr. 056 (toliau – Taisyklės), kurių pagrindu buvo sudaryta Kompleksinio kelionių draudimo sutartis (draudimo liudijimas Nr. 104456644), A varianto X skyriaus 1.3 papunkčiu, draudikas neatlygina išlaidų, susijusių su psichinėmis ir nervų ligomis, reaktyvinėmis būsenomis ar psichinėmis traumomis.

Pareiškėjas, nesutikdamas su draudiko sprendimu nemokėti draudimo išmokos, kreipimesi į Lietuvos banką dėl ginčo nagrinėjimo nurodė, kad telefonu kreipėsi į Aichštено kliniką ir buvo informuotas, kad somatinis nerimas atsirado dėl krūtinės ląstos skausmo ir kad somatinis nerimas nėra priskiriamas prie psichinių arba nervų ligų, o tėra organizmo reakcija į skausmą. Pareiškėjo teigimu, gydymo įstaigos darbuotojai taip pat nurodė, kad Vokietijos medicinos įstaigų medikai pacientus, kuriems pasireiškia minėti simptomai, hospitalizuoja į stacionarinę asmens sveikatos priežiūros įstaigą išsamiems sveikatos tyrimams atlikti.

Pareiškėjas savo kreipimesi pabrėžė, kad 2015 m. lapkričio 9 d. Aichštено klinikos parengtame medicinos dokumentų išrašė buvo pateikta tik pirminė pareiškėjo diagnozė. 2016 m. vasario 4 d. pareiškėjas gavo Aichštено klinikos Kardiologijos skyriaus parengtą medicinos dokumentų išrašą, kuriame nurodyta galutinė pareiškėjo diagnozė – krūtinės ląstos skausmas. Pareiškėjas informavo, kad 2016 m. vasario 18 d. Aichštено klinika jam atsiuntė raštą, kuriuo

patvirtinama, kad pareiškėjo ūmus sveikatos sutrikimas kėlė grėsmę gyvybei ir reikalavo būtinosios medicinos pagalbos, siekiant išsiaiškinti, ar pareiškėjui nebuvo ūmaus koronarinio sindromo.

Pareiškėjas Lietuvos banką informavo, kad draudikas, gavęs Aichštено klinikos pateiktus papildomus dokumentus, 2016 m. balandžio 15 d. kreipėsi į šią gydymo įstaigą, prašydamas nurodyti, ar pareiškėjui buvo teiktos reanimacijos paslaugos. Pareiškėjas pabrėžė, kad Aichštено klinikos 2015 m. lapkričio 9 d., 2016 m. vasario 4 d. ir 2016 m. vasario 18 d. pateiktuose dokumentuose nebuvo nurodyta, kad pareiškėjui buvo suteiktos reanimacijos paslaugos, todėl šis faktas draudikui buvo žinomas dar iki 2016 m. balandžio 15 d. kreipimosi į minėtą gydymo įstaigą.

Pareiškėjas pabrėžė, kad draudikas, priimdamas galutinį sprendimą atsisakyti mokėti draudimo išmoką dėl 2015 m. lapkričio 9 d. įvykio, vadovavosi tik pareiškėjo pirminės apžiūros metu nustatyta diagnoze, kurią nustato bendrosios praktikos gydytojas. Pareiškėjas teigė, kad 2016 m. vasario 4 d. ir 2016 m. vasario 18 d. Aichštено klinikos Kardiologijos skyriaus raštuose buvo nurodyta galutinė diagnozė, kurią nustatė gydytojai kardiologai, nuodugnai ištyrę pareiškėjo sveikatos būklę. Pareiškėjo teigimu, draudikas neįvertino aplinkybės, kad 2015 m. lapkričio 9 d. pareiškėjo kreipimasis į Aichštено kliniką yra priskiriamas prie būtinosios medicinos pagalbos ir kad jam buvo rekomenduota neatidėliotinai kreiptis į medikus. Pareiškėjas nurodė, kad šios rekomendacijos yra pateiktos pasaulio Kardiologijos draugijos. Pareiškėjas taip pat teigė, kad Taisyklėse nėra įtvirtinta sąlygų, numatančių, kad draudėjas į draudimo liudijime nurodytoje teritorijoje esančias gydymo įstaigas gali kreiptis tik ištikus infarktui arba esant koronariniam sindromui. Remdamasis nurodytomis aplinkybėmis, pareiškėjas Lietuvos banko prašė rekomenduoti draudikui išmokėti draudimo išmoką, atlyginančią dėl pareiškėjo 2015 m. lapkričio 9 d. kreipimosi į Aichštено kliniką patirtas medicinos išlaidas.

Draudikas atsiliepime į pareiškėjo kreipimąsi nurodė, kad 2015 m. lapkričio 9 d. Aichštено klinikos parengtame medicinos dokumentų išraše nurodyta pareiškėjo diagnozė – somatinė depresija – priskiriama prie somatoforminių sutrikimų. Pats terminas „somatoforminis“ žymi psichikos ir kūno sąveiką. Dėl šios sąveikos asmuo pradeda jausti somatinio pobūdžio pojūčius, susiformuoja somatoforminiai simptomai. Pavyzdžiui, ligonis skundžiasi, kad jam ką nors skauda, vargina širdies plakimas, negalavimai skrandžio plote, kankina baimė ar įsitikimas, kad gali susirgti kokia nors sunkia liga ir kt., tačiau nuosekliai ištyrus tokį ligonį somatinės patologijos nustatyti nepavyksta. Somatiniai sutrikimai atspindi psichikos ir kūno sąveiką: iš smegenų plintantys impulsai ligonio suvokiami kaip kūno funkcijų ar pojūčių pokyčiai.

Draudikas, atsižvelgdamas į 2015 m. lapkričio 9 d. Aichštено klinikos parengtą medicinos dokumentų išrašą, kuriame nurodyta, kad pareiškėjas nuo sausio mėnesio jautė pasikartojančius skausmus ir iki 2015 m. lapkričio 9 d. įvykio buvo lankęsis pas kardiologus ir psichologus, teigė, dar prieš išvykdamas į Vokietiją pareiškėjas buvo kreipęsis į gydymo įstaigas dėl panašių sveikatos sutrikimų ir būklės, tačiau jokių rimtų sveikatos sutrikimų nustatyta nebuvo. Draudikas nurodė, kad Taisyklių A varianto X skyriaus 1.1 papunktyje nustatyta, kad draudikas neatlygina išlaidų, susijusių su gydymu ir diagnostika ligų, žinomų ar prasidėjusių prieš įsigaliojant draudimo sutarčiai (nesvarbu, ar jos buvo gydomos, ar ne), išskyrus staigių priepuolių atvejus, kai gresia pavojus apdraustojo gyvybei.

Draudikas pabrėžė, kad nebuvo būtina Aichštено klinikoje nedelsiant atlikti medicinos tyrimų, be to, draudiko teigimu, po pareiškėjui atliktų laboratorinių tyrimų buvo padaryta išvada, kad pavojus pareiškėjo gyvybei negrėsė, jokių sveikatos pakitimų nebuvo nustatyta. Draudikas pabrėžė, kad pareiškėjui buvo paskirtas psichologinis gydymas, rekomenduotas gydymas antidepressantais. Remdamasis Taisyklių A varianto X skyriaus 1.3 papunkčio sąlygomis, atleidžiančiomis draudiką nuo draudimo išmokos mokėjimo, draudėjui nustačius psichines ar nervų ligas, reaktyvines būsenas arba psichines traumas, draudikas tvirtino pagrįstai atsisakęs mokėti draudimo išmoką, atlyginančią dėl pareiškėjo 2015 m. lapkričio 9 d. kreipimosi į Aichštено kliniką patirtas medicinos išlaidas.

Draudikas Lietuvos bankui taip pat nurodė, kad tarp pareiškėjo ir draudiko buvo sudaryta kelionių draudimo, o ne sveikatos draudimo sutartis. Sudarydamas kelionių draudimo sutartį, draudikas prisiėmė tik draudėjo ūmių susirgimų ir draudėjui suteiktos būtinos medicinos pagalbos draudimo riziką, tačiau neprisiėmė draudimo rizikos dėl pareiškėjo lėtinių ligų, pasireiškusių iki sudarant draudimo kompleksinio kelionių sutartį. Draudikas pabrėžė, kad tai, jog pareiškėjas subjektyviai ir nepagrįstai skundžiasi tam tikrais susirgimais ir dėl to jam kitoje valstybėje yra atliekami medicininiai tyrimai, nesuteikia pagrindo konstatuoti, kad šie tyrimai buvo būtini.

Be to, draudikas, atkreipė dėmesį į tai, kad 2016 m. vasario 18 d. Aichštено klinikos rašte nurodyta informacija nesutapo su 2015 m. lapkričio 9 d. medicinos dokumentų išraše nuodytais duomenimis, todėl kreipėsi į minėtą gydymo įstaigą, prašydamas nurodyti, ar pareiškėjui 2015 m. lapkričio 9 d. buvo suteiktos reanimacijos paslaugos. 2016 m. balandžio 15 d. draudikui pateiktame Aichštено klinikos Kardiologijos skyriaus atsakyme buvo nurodyta, kad pareiškėjui reanimacijos paslaugos nebuvo suteiktos, jam buvo rekomenduota kardiologinė ir psichologinė diagnostika bei priežiūra. Draudikas informavo, kad 2016 m. balandžio 15 d. pakartotinai kreipėsi į Aichštено kliniką dėl diagnozės patikslinimo, tačiau 2016 m. gegužės 20 d. iš minėtos gydymo įstaigos buvo gautas 2015 m. lapkričio 9 d. medicinos dokumentų išrašas, kuriame pažymėta pirmiau nurodyta diagnozė – „su judėjimu susiję krūtinės ląstos skausmai ir somatinė depresija“. Remdamasis Aichštено klinikos 2016 m. gegužės 20 d. pateiktame 2015 m. lapkričio 9 d. medicinos dokumentų išraše nurodyta diagnoze, draudikas teigė neturįs pagrindo keisti priimto sprendimo nemokėti pareiškėjui draudimo išmokos dėl 2015 m. lapkričio 9 d. įvykio.

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

Vadovaujantis Vartotojų ir finansų rinkos dalyvių ginčų neteisminio sprendimo procedūros Lietuvos banke taisyklių, patvirtintų Lietuvos banko valdybos 2012 m. sausio 26 d. nutarimu Nr. 03-23, 45 punktu, vartojimo ginčai Lietuvos banke nagrinėjami laikantis rungimosi, ginčų nagrinėjimo operatyvumo, koncentracijos, ekonomiškumo ir bendradarbiavimo principų. Vartotojas ir finansų rinkos dalyvis privalo įrodyti tas aplinkybes, kuriomis remiasi kaip savo reikalavimų arba atsikirtimų pagrindu, išskyrus atvejus, kai remiamasi aplinkybėmis, kurių nereikia įrodinėti. Nagrinėdamas ginčą Lietuvos bankas atlieka pateiktų įrodymų vertinimą, kurio pagrindu priimamas sprendimas.

Atsižvelgiant į ginčo šalių paaiškinimus ir pateiktus įrodymus, pažymėtina, kad šalių ginčas kyla dėl draudiko sprendimo atsisakyti mokėti draudimo išmoką, atlyginančią dėl pareiškėjo 2015 m. lapkričio 9 d. kreipimosi į Aichštено kliniką turėtas medicinos išlaidas, pagrįstumo.

Vertinant ginčo šalių nurodytas aplinkybes, kuriomis jos remiasi kaip savo reikalavimų ir atsikirtimų pagrindu, pažymėtina tai, kad pareiškėjas nurodo, jog jo reikalavimas mokėti draudimo išmoką, atlyginančią dėl ūmaus sveikatos sutrikimo patirtas medicinos išlaidas, atitinka Taisyklėse nustatytas draudimo išmokos mokėjimo sąlygas. Siekdamas pagrįsti savo reikalavimą, pareiškėjas remiasi 2016 m. vasario 18 d. Aichštено klinikos rašte nurodyta informacija, kad pareiškėjui buvo suteikta skubi ir neatidėliotina medicinos pagalbos. Siekdamas pagrįsti atsisakymą mokėti draudimo išmoką, draudikas teigia, kad 2015 m. lapkričio 9 d. Aichštено klinikos medicinos dokumentų išraše nurodyta diagnozė – somatinė depresija – priskiriama prie susirgimų, dėl kurių patirtas medicinos išlaidas atlyginanti draudimo išmoka, remiantis draudimo sutarties sąlygomis, nėra mokama. Draudikas taip pat tvirtina, kad minėtame išraše nurodyti susirgimai pareiškėjui buvo diagnozuoti iki įsigaliojant kompleksinio kelionių draudimo sutarčiai. Be to, draudiko teigimu, 2015 m. lapkričio 9 d. ir 2016 m. vasario 18 d. Aichštено klinikos parengtuose medicinos dokumentuose pateikiama prieštaringa informacija apie pareiškėjui diagnozuotą susirgimą ir jam iširti ir diagnozuoti suteiktų medicinos paslaugų pobūdį.

Vertinant pareiškėjo draudiko atžvilgiu keliamą reikalavimą dėl draudimo išmokos mokėjimo, pažymėtina, kad Lietuvos Respublikos civilinio kodekso 6.987 straipsnio 1 dalis numato, kad draudimo sutartimi draudikas įsipareigoja už sutartyje nustatytą draudimo įmoką sumokėti draudėjui arba trečiajam asmeniui, kurio naudai sudaryta sutartis, įstatyme ar draudimo

sutartyje nustatytą draudimo išmoką, apskaičiuotą įstatyme ar draudimo sutartyje nustatyta tvarka, jeigu įvyksta įstatyme ar draudimo sutartyje nustatytas draudžiamasis įvykis.

Sistemiškai aiškinant Taisyklių sąlygas, įtvirtinančias įvykio pripažinimo draudžiamuoju ir draudimo išmokos mokėjimo pagal kompleksinio kelionių draudimo sutartį nuostatas, nustatyta, kad draudikas kompleksinio kelionių draudimo sutartimi įsipareigojo mokėti draudimo išmoką dėl apdraustojo draudimo sutarties galiojimo laikotarpiu patirtų medicinos išlaidų, kuriomis pripažįstamos finansiniais ir medicinos dokumentais patvirtintos išlaidos, atsirandančios kai apdraustasis dėl ūmaus sveikatos sutrikimo ar kūno sužalojimo dėl nelaimingo atsitikimo kelionės užsienyje laikotarpiu kreipiasi į gydymo įstaigą (Taisyklių A varianto 1 punktą). Remiantis Taisyklių A varianto 4 punktu, ūmiu sveikatos sutrikimu laikytina netikėtai atsiradusi apdraustojo sveikatos būklė, kuriai pašalinti reikalinga būtinoji medicinos pagalba. Pagal Taisyklių 7 punktą, būtinoji medicinos pagalba – tai pirmoji medicinos pagalba ir asmens sveikatos priežiūros įstaigose (ambulatorinėse ir stacionarinėse) teikiama skubi medicinos pagalba, kurios negalima atidėti iki to momento, kol apdraustasis grįš į Lietuvą.

Taisyklėse pirmoji medicinos pagalba apibrėžiama kaip skubi ir neatidėliotina ambulatorinė ar stacionarinė medicinos pagalba, kurios nesuteikus apdraustojo sveikatai būtų padaryta žala, o skubia medicinos pagalba pripažįstama kvalifikuota sveikatos priežiūros paslauga, kurią teikia gydytojas, kai yra pavojus paciento ir aplinkinių gyvybei arba gresia sunkios komplikacijos (Taisyklių 7 ir 8 punktai). Darytina išvada, kad draudikas pagal kompleksinio kelionių draudimo sutartį įsipareigojo mokėti draudimo išmoką, atlyginančią dėl apdraustojo draudimo apsaugos galiojimo laikotarpiu pasireiškusio ūmaus sveikatos sutrikimo arba kūno sužalojimo dėl nelaimingo atsitikimo patirtas skubios ir neatidėliotinos ambulatorinės ar stacionarinės medicinos pagalbos išlaidas.

Vertinant 2015 m. lapkričio 9 d. įvykio atitiktį kompleksinio kelionių draudimo sutartyje nustatytoms draudimo išmokos mokėjimo sąlygoms, pažymėtina tai, kad 2016 m. vasario 18 d. Aichštено klinikos profesoriaus, medicinos mokslų daktaro, vyriausiojo gydytojo H. K., kurio specializacija – kardiologija ir intensyvi terapijos medicina, ir gydytojo asistento O. G. parengtame rašte nurodoma, kad „dėl išryškėjusių simptomų, esant somatinei depresijai ir sunkaus duriančio skausmo krūtinės ląstos srityje, buvo reikalingas skubus tyrimas ir terapija, neatidėliotina hospitalizacija, siekiant pašalinti ūmų koronarinį sindromą. Nors įtarimai ir nepasitvirtino, bet savarankiška klinikos paieška, esant dideliems skausmams, prieštarauja kardiologijos bendrovės pagrindinėms direktyvoms ir rekomendacijoms.“

Atsižvelgiant į 2016 m. vasario 18 d. Aichštено klinikos rašto duomenis, pažymėtina, kad šios klinikos gydytojai, pateikdami paaiškinimus dėl pareiškėjui 2015 m. lapkričio 9 d. pasireiškusio sveikatos sutrikimo pobūdžio ir jo priskyrimo prie sveikatos sutrikimų, kuriems ištirto ir gydyti būtina pirmoji medicinos pagalba, nurodė, kad pareiškėjui atliktų medicinos tyrimų ir suteiktos stacionarinės medicinos pagalbos priežastis buvo ūmaus sveikatos sutrikimo – ūmaus koronarinio sindromo – diagnozės patikslinimas. 2016 m. vasario 18 d. Aichštено klinikos medikų pateikti paaiškinimai patvirtina, kad pareiškėjui atlikti diagnostiniai tyrimai ir suteikta stacionarinė medicinos pagalba buvo skubūs ir neatidėliotini. Be to, iš minėto rašto darytina išvada, kad pareiškėjo patirto stipraus krūtinės ląstos skausmo priežasčių tyrimo ir medicinos pagalbos suteikimo atidėjimas iki to momento, kol pareiškėjas grįš į Lietuvą, būtų prieštaravęs kardiologijos bendrovės pagrindinėms direktyvoms ir rekomendacijoms. Todėl, Lietuvos bankui įvertinus 2016 m. vasario 18 d. Aichštено klinikos rašto duomenis, darytina išvada, kad jie patvirtina, jog 2015 m. lapkričio 9 d. pareiškėjui suteiktos medicinos paslaugos atitiko draudimo sutartyje nurodytą būtinosios medicinos pagalbos sampratą ir draudimo išmokos dėl patirtų medicinos išlaidų mokėjimo sąlygas.

Siekdamas paneigti 2016 m. vasario 18 d. Aichštено klinikos rašto duomenis ir pagrįsti, kad pareiškėjo dėl 2015 m. lapkričio 9 d. įvykio patirtos medicinos išlaidos nelaikytinos būtinosios medicinos pagalbos išlaidomis, draudikas iš esmės remiasi tuo, kad 2016 m. vasario 18 d. Aichštено klinikos rašte buvo nurodyta 2015 m. lapkričio 9 d. šios gydymo įstaigos

parengtame medicinos dokumente nurodytiems duomenims prieštaraujanti informacija. Atsižvelgiant į 2015 m. lapkričio 9 d. ir 2016 m. vasario 18 d. Aichštено raštų duomenis, pažymėtina, kad 2016 m. vasario 18 d. gydymo įstaigos parengtame dokumente yra tik detalizuojamos 2015 m. lapkričio 9 d. rašte nurodytos aplinkybės, t. y. pateikiami išsamūs paaiškinimai apie 2015 m. lapkričio 9 d. rašte nurodytą pareiškėjo diagnozę, jo būklę, atvykus į Aichštено kliniką, pareiškėjui suteiktas medicinos paslaugas ir kt. Svarbu pažymėti, kad 2015 m. lapkričio 9 d. ir 2016 m. vasario 18 d. Aichštено klinikos raštuose nurodytos pareiškėjo diagnozės sutampa. Atsižvelgiant į tai, darytina išvada, kad draudiko argumentai, kad Aichštено klinika pateikė prieštaringą informaciją, yra nepagrįsti.

Šiame kontekste taip pat pažymėtina, kad draudikas, siekdamas nuginčyti 2015 m. lapkričio 9 d. įvykio atitiktą draudimo sutartyje nustatytoms draudžiamojo įvykio sąlygoms, nurodo, kad pareiškėjui buvo diagnozuota somatinė depresija, tačiau nevertino Aichštено klinikos parengtuose medicinos dokumentuose nurodytų aplinkybių, kad pareiškėjas 2015 m. lapkričio 9 d. į šią kliniką kreipėsi dėl stiprių krūtinės ląstos skausmų ir medicinos dokumentuose taip pat yra nurodoma „su judėjimu susijusių krūtinės ląstos skausmų“ diagnozė. Lietuvos bankui pateiktų dokumentų duomenys patvirtina, kad laboratoriniai tyrimai pareiškėjui buvo atlikti ne psichinių ir nervų ligų simptomams iširti, o siekiant nustatyti ūmiai pasireiškusių pareiškėjo skausmų krūtinės ląstoje priežastis. Be to, pažymėtina, kad draudikas, atsiliepime į pareiškėjo kreipimąsi tik nurodė, kad pareiškėjui 2015 m. lapkričio 9 d. Aichštено klinikoje atlikta diagnostika ir suteiktas gydymas buvo skirti pareiškėjo susirgimams, buvusiems iki draudimo sutarties įsigaliojimo, iširti ir gydyti, tačiau nevertino 2016 m. vasario 18 d. Aichštено klinikos rašte nurodytų duomenų, kad pareiškėjui suteikta skubi ir neatidėliotina stacionarinė medicinos pagalba buvo skirta ūmaus susirgimo tikimybei įvertinti. Kadangi 2016 m. vasario 18 d. Aichštено klinikos rašto duomenys paneigia draudiko nurodytas aplinkybes, kad pareiškėjas į šią kliniką 2015 m. lapkričio 9 d. kreipėsi dėl lėtinių psichinių ir nervų ligų diagnostikos ir gydymo, draudiko teiginiai, kad 2015 m. lapkričio 9 d. įvykiui turi būti taikomos Taisyklių A varianto X skyriaus 1.1 ir 1.3 papunkčių sąlygos, yra nepagrįsti.

Pažymėtina, kad draudikas Lietuvos bankui pateiktuose paaiškinimuose dėl atsisakymo pareiškėjui mokėti draudimo išmoką pagrįstumo taip pat rėmėsi aplinkybe, kad pareiškėjui 2015 m. lapkričio 9 d. Aichštено klinikoje nebuvo suteiktos reanimacijos paslaugos. Atsižvelgiant į šias draudiko nurodytas aplinkybes, pažymėtina, kad draudimo sutarties sąlygose nėra įtvirtinta nuostatų, numatančių, kad draudimo išmokos, atlyginančios dėl apdraustojo draudimo apsaugos laikotarpiu pasireiškusio ūmaus sutrikimo patirtas medicinos išlaidas, mokėjimo būtina sąlyga yra reanimacijos paslaugų apdraustajam suteikimas. Darytina išvada, kad draudiko argumentai, kad pareiškėjui nebuvo teiktos reanimacijos paslaugos, vertinant 2015 m. lapkričio 9 d. įvykio atitiktą draudžiamojo įvykio požymiams, nėra teisiškai reikšmingi.

Lietuvos Respublikos draudimo įstatymo 98 straipsnio 7 dalis numato, kad draudikas privalo įrodyti aplinkybes, atleidžiančias jį nuo draudimo išmokos mokėjimo. Nagrinėjamu atveju draudikas Lietuvos bankui nepateikė objektyvių įrodymų, paneigiančių 2016 m. vasario 18 d. Aichštено klinikos rašte nurodytas informacijas, kad dėl 2015 m. lapkričio 9 d. pasireiškusių simptomų pareiškėjui turėjo būti suteikta skubi ir neatidėliotina medicinos pagalba. Pažymėtina, kad draudiko, kaip suinteresuoto ginčo baigtimi asmens, pateikti paaiškinimai apie pareiškėjui 2015 m. lapkričio 9 d. diagnozuoto susirgimo ir taikyto gydymo pobūdį, negali nuginčyti Aichštено klinikos medikų, kurie tyrė pareiškėjos sveikatos būklę, išvadų. Atsižvelgiant į tai ir įvertinus aplinkybę, kad 2016 m. vasario 18 d. Aichštено klinikos rašto duomenys pavirtina, kad 2015 m. lapkričio 9 d. įvykis atitinka draudimo sutartyje nurodyto draudžiamojo įvykio sąlygas, draudiko sprendimas atsisakyti mokėti draudimo išmoką, atlyginančią dėl 2015 m. lapkričio 9 d. Aichštено klinikoje pareiškėjui suteiktų medicinos paslaugų patirtas išlaidas, yra nepagrįstas, todėl darytina išvada, kad pareiškėjo reikalavimas dėl draudimo išmokos mokėjimo yra tenkintinas.

Remdamasis tuo, kas išdėstyta, ir vadovaudamasis Lietuvos Respublikos vartotojų teisių

apsaugos įstatymo 27 straipsnio 1 dalies 1 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 bei šiuo nutarimu patvirtintų Vartotojų ir finansų rinkos dalyvių ginčų neteisminio sprendimo procedūros Lietuvos banke taisyklių 59.1 papunkčiu, n u s p r e n d ž i u:

1 Patenkinti pareiškėjo L. B. reikalavimą, rekomenduojant draudikui pareiškėjui išmokėti draudimo išmoką, atlyginančią dėl 2015 m. lapkričio 9 d. Aichštenu klinikoje pareiškėjui suteiktų medicinos paslaugų patirtas medicinos išlaidas.

2. Įpareigoti draudiką per mėnesį nuo šio sprendimo priėmimo dienos raštu informuoti Lietuvos banką apie šio sprendimo rezoliucinės dalies 1 punkte nurodytos rekomendacijos įgyvendinimą (neįgyvendinimą). Draudikui neįvykdžius minėtos rekomendacijos, apie tai bus paskelbta Lietuvos Respublikos teisės aktų nustatyta tvarka.

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.

Reguliuojamos rinkos priežiūros skyriaus  
viršininkas, pavaduojantis Finansinių paslaugų  
ir rinkų priežiūros departamento direktorių

Vaidas Cibas