



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

**SPRENDIMAS
DĖL X. X. IR COMPENSA LIFE VIENNA INSURANCE GROUP SE GINČO
NAGRINĖJIMO**

2020 m. vasario 5 d. Nr. 242-50
Vilnius

Lietuvos bankas gavo X. X. (toliau – pareiškėja) kreipimąsi, kuriuo pareiškėja prašė išnagrinėti tarp jos ir *Compensa Life Vienna Insurance Group SE*, veikiančios Lietuvoje per įsteigtą filialą, (toliau – draudikas) kilusį ginčą.

N u s t a t y t a:

Y. Y. ir draudikas sudarė sveikatos draudimo sutartį, kuria buvo apdrausti pareiškėjos turtiniai interesai, susiję su jos sveikata (toliau – Draudimo sutartis), draudimo laikotarpis – nuo 2018 m. spalio 15 d. iki 2019 m. spalio 14 d.

Draudiko partnerio pagal Draudimo sutartį UAB „Northway medicinos centras“ 2019 m. birželio 13 d. parengtame Medicinos dokumentų išrašė nurodyta, kad pareiškėja į šią sveikatos priežiūros įstaigą „atvyko dėl skundų. Nusiskundimai: „(duomenys neskelbtini)“

Pareiškėja kreipimesi į Lietuvos banką nurodė, kad 2019 m. birželio 13 d. konsultavusio gydytojo rekomenduotą atlikti (*duomenys neskelbtini*) „su dienos stacionaru“ ji nusprendė atlikti būtent UAB „Northway medicinos centras“, nes pagal Draudimo sutartį ši sveikatos priežiūros įstaiga yra draudiko partnerė. Pareiškėja pabrėžė, kad „klinika buvo informuota, kad turiu sveikatos draudimą, juo naudojausi šioje įstaigoje ir anksčiau. Su gydytoja suderinome, kad ji viskuo pasirūpins ir informuos mane dėl planuojamos procedūros datos telefonu arba sms žinute. Vėliau telefoninio pokalbio su įstaigos personalu metu (datos nepamenu) buvo suderinta procedūros data – 2019 m. rugsėjo 6 d. Deja, nei gydytoja, nei personalas neinformavo, kad dėl planuojamos procedūros privalau pati kreiptis į draudiką ir suderinti šios procedūros kompensavimą. Taipogi niekas neinformavo, kad 2019 m. birželio 13 d. konsultacija ir atlikti tyrimai laikytini draudžiamuoju įvykiu pagal draudimo sutartį ir kompensuojami iš programos „Ambulatorinis gydymas ir diagnostika“, tad 186 Eur sąskaitą apmokėjau savo lėšomis.“

2019 m. rugsėjo 6 d. UAB „Northway medicinos centras“ parengtame Išrašė iš medicinos dokumentų (*duomenys neskelbtini*) nurodyta, kad 2019 m. rugsėjo 6 d. „(duomenys neskelbtini)“. Lietuvos bankui pateikti įrodymai patvirtina, kad už 2019 m. gruodžio 6 d. suteiktas medicinos paslaugas pareiškėja sumokėjo 643 Eur.

2019 m. spalio 8 d. draudikas pareiškėją raštu informavo, kad, pagal Taisyklių 5.3.11 papunktį, nepiktybinių navikų gydymas yra nedraudžiamasis įvykis. Draudikas pareiškėją taip pat informavo, kad pareiškėjai 2019 m. rugsėjo 6 d. taikyto chirurginio gydymo išlaidos negali būti kompensuotos, nes apie gydymo pradžią nei pareiškėja, nei sveikatos priežiūros įstaiga neinformavo draudiko. Draudikas paaiškino, kad atsisakymas mokėti draudimo išmoką yra grindžiamas Taisyklių priede Nr. 1 išdėstytų „Ambulatorinio gydymo ir diagnostikos“ sąlygų 1.4.5 papunkčio pastabos (toliau – Taisyklių Priedo Nr. 1 1.4.5 papunkčio pastaba) nuostatomis. Draudikas pabrėžė, kad pareiškėjos patirtos išlaidos „galėtų būti kompensuotos iš programos „Visos medicininės paslaugos“ limito, tačiau pastarosios limitas jau yra išnaudotas“.

Pareiškėja, nesutikdama su draudiko argumentais, prašyme nagrinėti vartojimo ginčą nurodė, kad jai 2019 m. rugsėjo 6 d. nebuvo taikytas joks gydymas, o buvo atlikta (*duomenys neskelbtini*). Be to, pareiškėja pabrėžė, kad jai, kaip vartotojai, nėra suprantamas gydymo stacionare „suderinimo tikslas ir kaip jis susijęs su išlaidų

kompensavimu". Pareiškėja teigė, kad UAB „Northway medicinos centras“ nagrinėjamu atveju veikė kaip draudiko partneris, o Taisyklių 8.2 papunktyje nustatyta, kad tuo atveju, kai „paslaugas teikia partneris, apdraustasis atleidžiamas nuo prievolės pranešti apie draudžiamąjį įvykį“. Pareiškėja nurodė, kad ji, kaip apdraustoji, neturi jokių žinių apie draudimo sutartinius teisinius santykius ir negali suprasti, kuria Draudimo sutarties sąlyga privalo vadovautis, kad būtų įgyvendintas sutartinis įsipareigojimas informuoti draudiką apie gydymą dienos stacionare. Vadovaudamasi Taisyklių 8.2 papunkčio nuostatomis, pareiškėja teigė galėjusi pagrįstai tikėtis, kad, kai medicinos paslaugos yra teikiamos draudiko partnerio, informuoti apie gydymą stacionare draudiką privalo ne apdraustasis, o draudiko partneris.

Pareiškėja atkreipė dėmesį į tai, kad Taisyklių Priedo Nr. 1 1.4.5 papunkčio pastaboje nėra aiškiai nurodyta, kad apie gydymą stacionare draudiką privalo informuoti apdraustasis. Pareiškėja nurodė, kad draudikas remiasi apdraustąjį klaidinančiomis sąlygomis ir draudiko pateikto Taisyklių nuostatų aiškinimo ji, kaip vartotoja, negalėjo pagrįstai tikėtis. Remdamasi nurodytomis aplinkybėmis, pareiškėja prašė Lietuvos banko rekomenduoti draudikui išmokėti draudimo išmoką, atlyginančią pareiškėjai 2019 m. birželio 13 d. suteiktos gydytojo konsultacijos išlaidas ir 2019 m. rugsėjo 6 d. pareiškėjai suteiktų medicinos paslaugų išlaidas.

Atsiliepime į pareiškėjos kreipimąsi draudikas informavo, kad jo turimi įrodymai patvirtina, kad pareiškėja buvo tinkamai supažindinta su Draudimo sutarties sąlygomis, įskaitant draudiko informavimo apie gydymą stacionare bei įvykių pripažinimo nedraudžiamaisiais sąlygas. Nors Taisyklių Priedo Nr. 1 1.4.5 papunkčio pastaboje nėra nurodyto subjekto, kuris privalo draudiką informuoti apie apdraustojo gydymą stacionare, tačiau Draudimo sutartimi yra reguliuojami teisiniai sutarties šalių (draudiko, draudėjo ir apdraustųjų) santykiai, todėl, draudiko teigimu, „logiškai suprantama, kad ši pareiga tenka Draudimo sutarties šaliai, kuri patiria išlaidas dėl sveikatos sutrikimo gydymo dienos stacionare“. Draudikas pabrėžė, kad Taisyklių Priedo Nr. 1 1.4.5 papunkčio pastabos sąlygos negali būti tapatinamos su Taisyklių 8.2 papunkčio nuostatomis, nes minėtose sąlygose nurodytos skirtingos apdraustojo prievolės ir jų mastas.

Draudiko teigimu, pareiškėja dėl neaiškių priežasčių nepasinaudojo atsiskaitymo už suteiktas medicinos paslaugas, panaudojant sveikatos draudimo kortelę, sąlygomis, todėl jos teiginiai, kad UAB „Northway medicinos centras“ nesuteikė informacijos, yra nepagrįsti. Draudiko manymu, pati pareiškėja turėjo būti aktyvi, kad „stacionaro procedūros su draudiku būtų suderintos tiesiogiai arba per gydymo įstaigą (partnerį)“. Be to, draudikas nurodė, kad pareiškėja yra praleidusi Draudimo sutartyje nustatytą terminą pateikti prašymą išmokėti draudimo išmoką, atlyginančią 2019 m. birželio 13 d. gydytojo suteiktos konsultacijos išlaidas, todėl draudikui nekyla pareiga išmokėti minėtos konsultacijos išlaidas atlyginančios draudimo išmokos. Remdamasis atsiliepime į pareiškėjos kreipimąsi nurodytomis aplinkybėmis, draudikas teigė pagrįstai atsisakęs tenkinti pareiškėjos reikalavimą išmokėti pareiškėjos patirtas medicinos išlaidas atlyginančią draudimo išmoką.

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. Nagrinėdamas ginčą Lietuvos bankas atlieka pateiktų įrodymų vertinimą ir jo pagrindu priimamas sprendimas.

Atsižvelgiant į ginčo šalių nurodytas aplinkybes, darytina išvada, kad šalių ginčas kilo dėl draudiko sprendimo atsisakyti mokėti su pareiškėjos 2019 m. rugsėjo 6 d. gydymu dienos stacionare susijusias išlaidas (643 Eur) ir pareiškėjai 2019 m. birželio 13 d. suteiktos gydytojo konsultacijos išlaidas atlyginančią draudimo išmoką.

1. Dėl draudiko atsisakymo mokėti su pareiškėjos 2019 m. rugsėjo 6 d. gydymu dienos stacionare susijusias išlaidas (643 Eur) atlyginančią draudimo išmoką pagrįstumo

1.1. Dėl Draudimo sutarties sąlygų taikymo pareiškėjai

Lietuvos Respublikos civilinio kodekso (toliau - CK) 6.987 straipsnyje nustatyta, kad draudimo sutartimi viena šalis (draudikas) įsipareigoja už sutartyje nustatytą draudimo įmoką sumokėti kitai šaliai (draudėjai) 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.

Pažymėtina, kad, sudarant sutartį prisijungimo būdu, standartinės sutarties sąlygos yra privalomos kitai šaliai tik tuo atveju, jeigu standartinės sutarties sąlygas parengusi šalis tinkamai jas atskleidė, t. y. sudarė protingą galimybę kitai šaliai susipažinti su jomis ir sutarties šalis aiškiai išreiškė savo sutikimą su sutarties sąlygomis (CK 6.185 straipsnio 2 dalis ir 6.186 straipsnio 1 dalis). Kadangi Draudimo sutartis buvo sudaryta dėl pareiškėjos turtinių interesų, jai, kaip apdraustajai, prieš sudarant Draudimo sutartį turėjo būti suteikta įprastai draudėjui teikiama būtina ikisutartinė informacija apie Draudimo sutarties sąlygas.

Taisyklių 1.3 papunktyje nustatyta, kad *Sutartimi* yra pripažįstama sveikatos draudimo sutartis, sudaryta tarp draudiko ir draudėjo šių taisyklių pagrindu. Sutartis susideda iš šių neatskiriamų jos dalių: draudimo liudijimo, draudimo taisyklių, draudiko akceptuoto prašymo, pasiūlymo, sąlygų ar reikalavimų, išdėstytų kituose su draudimo sutartimi susijusiuose ar šalių atskirai sudarytuose dokumentuose (pvz., apklausų anketose, individualiosiose ar *specialiosiose sąlygose*) su visais jų priedais, esamais ar būsimais atitinkamų dokumentų ar jų dalies pakeitimais bei papildymais, įskaitant ir naują redakciją.

Draudiko teigimu, „pareiškėja atliko registraciją sveikatos draudimui, kurios metu prisijungusi su savo bankiniu prisijungimu / mobiliuoju parašu prie nurodytos platformos, pasirinko draudimo programą ir pateikė reikiamus sutikimus, tame tarpe patvirtino, kad sutinka būti apdrausta pagal Draudiko sveikatos draudimo sąlygas, yra išsamiai susipažinusi ir sutinka su Taisyklėmis,“ be to, visiems draudėjo darbuotojams per prezentaciją buvo paaiškintos Draudimo sutarties sąlygos.

Vertinant šias draudiko nurodytas aplinkybes, pažymėtina, kad draudikas pateikė įrodymus, patvirtinančius, kad, atlikus „registraciją sveikatos draudimui“, apdraustiesiems yra pateikiama nuoroda į Draudimo sutarties sąlygas. Nors iš pateiktų dokumentų nėra galimybės nustatyti, ar pareiškėjai buvo pateikta nuoroda į Draudimo sutarčiai taikomas redakcijos draudimo taisykles, tačiau pareiškėja draudimo taisyklių įteikimo fakto neginčijo, priešingai, keldama reikalavimus draudikui, rėmėsi Taisyklių sąlygomis. Atsižvelgiant į tai, darytina išvada, kad Taisyklių sąlygos pareiškėjai buvo žinomos ir jos yra pripažintinos Draudimo sutarties dalimi.

1.2. Dėl Taisyklėse nustatytų draudimo išmokos, atlyginančios draudžiamąjį įvykių sąlygas atitinkančio sveikatos sutrikimo gydymo dienos stacionare išlaidas, nuostatų aiškinimo ir taikymo

Taisyklių 4.1 papunktyje nustatyta, kad draudžiamuoju įvykiu laikomas Sveikatos draudimo programoje nurodytų apdraustąjį *sveikatos sutrikimų* gydymas ir diagnostika, kitos su apdraustąjį sveikata ir sveikatingumu susijusios sveikatos priežiūros paslaugos, kurioms suteikiama draudimo apsauga. Taisyklių 4.3 papunktyje nurodyta, kad išsamus draudžiamųjų įvykių pagal Sveikatos draudimo programą aprašas pateiktas draudimo taisyklių prieduose Nr. 1 ir Nr. 2.

Taisyklių Priedo Nr. 1 1.4 papunktyje nustatyta, kad, draudėjui pasirinkus Sveikatos draudimo programą „Ambulatorinis gydymas ir diagnostika“ ir *įvykus draudžiamajam įvykiui*, draudimo išmoka, vadovaujantis Sutarties sąlygomis, be kitų minėtoje sąlygoje nurodytų nekompensuojamų iš Privalomojo sveikatos draudimo ambulatorinių Sveikatos priežiūros paslaugų išlaidų, mokama sveikatos sutrikimo, *pripažinto draudžiamuoju įvykiu*, gydymui dienos stacionare apmokėti (Taisyklių Nr. 1 1.4.5 papunktis). Sistemiskai aiškinant Taisyklių Priedo Nr. 1 1.1 papunktį, kuriame apibrėžtas *draudžiamais įvykis* pagal programą „Ambulatorinis gydymas ir diagnostika“, kartu su Taisyklių Priedo Nr. 1 1.2 ir 1 1.4 papunkčių nuostatomis, darytina išvada, kad pagal programos „Ambulatorinis gydymas ir diagnostika“ sąlygas draudikui kyla pareiga apmokėti gydymo dienos stacionare išlaidas, patirtas dėl sveikatos sutrikimo (kuris susijęs su apdraustąjį konkrečiais nusiskundimais): 1) dėl kurio kreipėsi apdraustasis; 2) kuriam nustatyti bei pašalinti reikalinga gydytojo konsultacija; 3) jo skiriami mediciniškai pagrįsti tyrimai, patvirtinantys atsiradusį sveikatos sutrikimą; 4) konservatyvus (medikamentinis) ir (arba) operacinis gydymas ambulatorinėje asmens sveikatos priežiūros įstaigoje.

Taisyklių priedo Nr. 1 1.2 papunktyje, kuriame iš esmės išdėstytos sąlygos, dėl kurių draudimo išmoka pagal programą „Ambulatorinis gydymas ir diagnostika“ nėra mokama, o gali būti mokama tik pagal kitas programas („Profilaktinių sveikatos patikrinimų“ arba „Visų medicininių paslaugų“ programas), yra tik nurodyta, kad draudimo išmoka nemokama dėl

apdraustojo kreipimūsi į sveikatos priežiūros įstaigą be konkrečių nusiskundimų, susijusių su sveikatos sutrikimais (pvz.: noro pasitikrinti sveikatą, išsitirti ir pan.). Nors Taisyklių 12 punkte, kuriame išdėstytos programos „Visos medicininės paslaugos“ sąlygos, nustatyta, kad, pasirinkus šią programą, yra netaikomi Taisyklių 5 skirsnio 5.2.3, 5.2.4, 5.3, 5.4 ir 5.5 papunkčių apribojimai, tačiau, vertinant Taisyklių sąlygų aiškumą ir jų atskleidimą pareiškėjai, svarbia aplinkybe laikytini duomenys, kad pareiškėja, kaip apdraustoji, Draudimo sutarties sudarymo ir draudiko *draudėjui* siūlomų standartinių sutarties sąlygų išaiškinimo procese nedalyvavo, jai tebuvo pateikta nuoroda į Taisykles, kai pareiškėja, norėdama gauti sveikatos draudimo kortelę, atliko registraciją.

Lietuvos bankui pateikti įrodymai negali pagrįsti, kad pareiškėjai, be Taisyklių, buvo pateiktas papildomas specialiausias Draudimo sutarties sąlygas įtvirtinantis dokumentas, kuriame aiškiai nurodyta, jog į programą „Ambulatorinis gydymas ir diagnostika“ nepatenka sveikatos sutrikimų, susijusių su nepiktybinių navikų diagnozavimu, gydymas ir kad šio gydymo išlaidas atlyginanti draudimo išmoka gali būti mokama tik pagal „Visų medicininių paslaugų“ programos sąlygas. Be to, apdraustasis, kuris neturi specialiųjų medicinos žinių ir kuris į sveikatos priežiūros įstaigą (draudiko partnerį) kreipiasi dėl sveikatos sutrikimo (gydymo įstaigoje atlikus tyrimus, diagnozuotas nepiktybinis navikas), įvertinus bendrąsias Taisyklių priedo Nr. 1. 1.1 papunktyje įtvirtintas programos „Ambulatorinis gydymas ir diagnostika“ sąlygas, negalėtų pagrįstai tikėtis, kad dėl minėtų sveikatos sutrikimų gydymo draudimo išmoka, remiantis Taisyklių 5.3.11 papunkčiu, nebus mokama.

Lietuvos Aukščiausiasis Teismas teisės aiškinimo ir taikymo praktikoje konstatavo, kad, sprendžiant, ar sutarties sąlygos turinys ir formuluotė išdėstyti aiškiai, vertinama, ar esminės nuostatos yra išdėstytos suprantamai normalių gebėjimų asmeniui, ar daug nuostatų apima sąlyga, ar kiekviena iš jų detalai aptarta. Taip pat gali turėti reikšmės tai, ar sąlygos nuostata tiesiogiai suformuluota ir išreikšta taisyklėse, ar ne, ar reikšmingos nuostatos pateikiamos nuosekliai vienoje taisyklių dalyje, ar keliose vietose ir dėl to apsunkina susipažinimą ir tinkamą turinio suvokimą (Lietuvos Aukščiausiojo Teismo 2015 m. nutartis, priimta civilinėje byloje Nr. 3K-3-249-915/2015; 2017 m. vasario 17 d. nutartis, priimta civilinėje byloje Nr. 3K-3-38-378/2017).

Lietuvos bankui pateikti įrodymai negali pagrįsti, kad pareiškėja galėjo suprasti, kad draudiko partnerio siūloma atlikti medicininė procedūra nepriskirtina prie tų, kurioms taikoma draudimo apsauga pagal programos „Ambulatorinis gydymas ir diagnostika“ sąlygas. Priešingai, Taisyklių priedo Nr. 1. 1.1 papunktyje įtvirtintos „Ambulatorinio gydymo ir diagnostikos“ sąlygos pareiškėjai suteikė pagrindą pagrįstai tikėtis, kad gydytojo paskirtas gydymas bus apmokėtas pagal šią programą. Atsižvelgiant į tai, darytina išvada, kad pareiškėja, kaip specialiųjų medicininių žinių neturinti apdraustoji, Draudimo sutarties sudarymo metu suteiktos informacijos pagrindu kreipdamasi į UAB „Northway medicinos centras“ ir ketindama šioje sveikatos priežiūros įstaigoje pasinaudoti jai diagnozuoto sveikatos sutrikimo gydymo dienos stacionare paslaugomis, galėjo pagrįstai tikėtis, kad minėtų medicinos paslaugų išlaidos yra atlyginamos pagal programos „Ambulatorinis gydymas ir diagnostika“ sąlygas apdraustajai išmokant draudimo išmoką.

1.3. Dėl Taisyklių Priedo Nr. 1 1.4.5 papunkčio pastabos sąlygų taikymo

Draudikas teigė, kad pareiškėja UAB „Northway medicinos centras“ darbuotojų neinformavo apie ketinimą už suteiktas medicinos paslaugas atsiskaityti programos „Ambulatorinis gydymas ir diagnostika“ limito lėšomis, todėl jie neprivalėjo informuoti draudiko apie būtinybę pareiškėją gydyti dienos stacionare. Siekdamas pagrįsti savo argumentus, draudikas rėmėsi draudiko partnerio 2019 m. gruodžio 11 d. raštu (toliau – 2019 m. gruodžio 11 d. raštas).

2019 m. gruodžio 11 d. rašte nurodyta, kad „2019 m. birželio 13 d. pareiškėjai suteiktos konsultacijos metu ir iki 2019 m. rugsėjo 6 d. atliktos operacijos pareiškėja nei gydytojos, nei kasos darbuotojų neinformavo apie turimą sveikatos draudimo kortelę, todėl ir nebuvo derinamas apmokėjimas su draudimo bendrove“. Be to, minėtame rašte pažymima, kad „pacientė apie operacijos apmokėjimą draudimo lėšomis nesidomėjo ir apie šį norą centro darbuotojų neinformavo. Už atliktą operaciją pacientė sumokėjo savo lėšomis bankine kortele.“

Pareiškėja Lietuvos bankui nurodė 2019 m. gruodžio 11 d. rašte pateiktiems duomenis prieštaraujančias aplinkybes. Pareiškėja paaiškino, kad būtent į draudiko partnerį dėl medicinos paslaugų kreipėsi tik todėl, kad medicinos paslaugos būtų apmokėtos pagal

Draudimo sutarties sąlygas. Pareiškėja pabrėžė, kad informavo draudiko partnerį apie turimą sveikatos draudimo kortelę. Be to, minėti duomenys draudikui buvo žinomi, nes pareiškėja į UAB „Northway medicinos centras“ pagal Draudimo sutarties sąlygas kreipėsi ne pirmą kartą.

Vertinant prieštaraujančius pareiškėjos ir draudiko partnerio nurodytus duomenis ir siekiant nustatyti, ar 2019 m. gruodžio 11 d. rašto duomenys nuginčia pareiškėjos teiginius, visų pirma svarbu pažymėti, kad šis raštas buvo parengtas praėjus beveik pusei metų nuo 2019 m. birželio 13 d. gydytojos konsultacijos. Be to, jis buvo parengtas ir pasirašytas UAB „Northway medicinos centras“ generalinės direktorės pavaduotojos medicinai. Iš 2019 m. gruodžio 11 d. rašto negalima teigti, kad jame nurodyta informacija draudikui buvo suteikta draudiko partnerio darbuotojų, į kuriuos pareiškėja kreipėsi, siekdama atsiskaityti už jai suteiktas medicinos paslaugas.

Tačiau, vertinant tai, ar draudiko partneriui nekilo pareiga informuoti pareiškėją apie galimybę, atsiskaitant už suteiktas medicinos paslaugas, pasinaudoti sveikatos draudimo kortele, reikšminga aplinkybe laikytini pareiškėjos argumentai, kad ji pagal sveikatos draudimo kortelę į UAB „Northway medicinos centras“ prieš 2019 m. birželio 13 d. gydytojo konsultaciją buvo kreipusis ir anksčiau. Pareiškėjos teiginius patvirtina draudiko pateiktas Išrašas iš sveikatos draudimo administravimo duomenų valdymo informacinės sistemos. Išrašo duomenys pagrindžia, kad dar iki 2019 m. birželio 13 d. pareiškėjos vizito pas gydytoją, ir iki 2019 m. rugsėjo 6 d. pareiškėjai atliktos chirurginės operacijos UAB „Northway medicinos centras“ darbuotojams buvo žinoma informacija apie pareiškėjos turimą sveikatos draudimo kortelę ir pareiškėjos galimybę patirtas išlaidas kompensuoti Draudimo sutarties pagrindu. Tačiau Lietuvos bankui pateikti dokumentai ir paaiškinimai patvirtina, kad draudiko partneris neinformavo pareiškėjos apie suteiktų medicinos paslaugų kompensavimo pagal sveikatos draudimo kortelę sąlygas. Lietuvos banko vertinimu, pareiškėjai kreipusis į draudiko partnerį, kuris veikia kaip draudiko atstovas, suteikiantis pagal sveikatos draudimo sutarties sąlygas kompensuojamas paslaugas, ir kuriam yra žinoma informacija apie apdraustą sveikatos draudimo sąlygas, draudiko partneris privalo apdraustajam suteikti visą informaciją apie medicinos paslaugų kompensavimą sveikatos draudimo sutarties pagrindu.

Draudiko partneris 2019 m. gruodžio 11 d. rašte nurodė, kad pati pareiškėja išreiškė valią už jai suteiktas medicinos paslaugas atsiskaityti savo lėšomis. Svarbu pažymėti, kad 2019 m. gruodžio 11 d. rašte nurodyti duomenys nebuvo pagrįsti jokiais konkrečiais įrodymais (pvz., įrašais draudiko partnerio informacinėse sistemose ir pan.), kurie patvirtintų, kad po gydytojo konsultacijos ir rekomenduoto gydymo pareiškėja pati pasirinko už suteiktas medicinos paslaugas atsiskaityti savo lėšomis, o ne sveikatos draudimo kortele. Siekiant įvertinti pareiškėjos ir draudiko partnerio 2019 m. gruodžio 11 d. rašte nurodytus prieštarigus duomenis, turi būti vadovaujamas vieninteliu įrodymu – pareiškėjos ir draudiko darbuotojos 2019 m. rugsėjo 6 d. pokalbio telefonu, kai buvo derinami atsiskaitymo pagal sveikatos draudimo kortelę klausimai, garso įrašų.

2019 m. rugsėjo 6 d. pokalbio telefonu garso įrašo duomenys patvirtina, kad, priešingai, nei nurodo draudiko partneris, pareiškėja tikslinosi su draudiku apmokėjimo už gydymo dienos stacionare paslaugas sąlygas. Taip pat, nors 2019 m. gruodžio 11 d. rašte nurodoma, kad pareiškėja pasirinko mokėjimo už atliktą operaciją būdą – sumokant medicinos paslaugų išlaidų sumą savo lėšomis („bankine kortele“), tačiau 2019 m. rugsėjo 6 d. pokalbio telefonu garso įrašo duomenys paneigia draudiko partnerio nurodytas aplinkybes ir patvirtina, kad pareiškėja turėjo tikslą už suteiktas paslaugas atsiskaityti sveikatos draudimo kortele. Pareiškėja draudiko darbuotojos teiravosi ir jai draudiko darbuotoja pateikė išsamią informaciją apie patirtų išlaidų už gydymą stacionare apmokėjimo, naudojantis sveikatos draudimo kortele, sąlygas.

Išklausius 2019 m. rugsėjo 6 d. pareiškėjos pokalbio telefonu su draudiko darbuotoja garso įrašą, nustatyta, kad pareiškėja draudiko darbuotojai nurodė: „dabar eisiu į kasą, nes man reikia apmokėti už suteiktas paslaugas“, taip pat pasiteiravo draudiko darbuotojos, ar kasoje turi pateikti sveikatos draudimo kortelę ir ar „su ja mokėti“. Draudiko darbuotoja pareiškėjai atsakė: „Galite bandyti duoti tiesiogiai kortelę, jeigu nuskaitys iš kortelės, tai jums viskas, vadinasi, pavyko. Jei nepavyks nuskaityti iš kortelės, tai galėsit bandyti pasiimti sąskaitą faktūrą, ją turėsite išsirašyti savo vardu ir pateikti draudikui.“ Taigi minėtas garso įrašas patvirtina, kad, priešingai, nei nurodyta 2019 m. gruodžio 11 d. rašte, pareiškėja turėjo aiškų ketinimą už suteiktas gydymo dienos stacionare paslaugas atsiskaityti

pasinaudojant sveikatos draudimo kortele, todėl 2019 m. gruodžio 11 d. rašte nurodytus duomenis, kad pareiškėja „apie operacijos apmokėjimą draudimo lėšomis nesidomėjo“, paneigia 2019 m. rugsėjo 6 d. pareiškėjos pokalbio telefonu su draudiko darbuotoja garso įrašas.

Be to, nors 2019 m. gruodžio 11 d. rašte nurodyta, kad pareiškėja pati pasirinko „apmokėjimą bankine kortele“, tačiau pareiškėja kreipimėsi į Lietuvos banką nurodė, kad „po atliktos procedūros Northway medicinos centro kasos darbuotoja nepriėmė Sveikatos draudimo kortelės, nurodė, kad išlaidos (dėl per didelės sumos) turi būti suderintos su draudiku, ir pasiūlė išrašyti sąskaitą 643 Eur sumai, kurią turėčiau prisegti Compensa savitarroje, prašant kompensuoti išlaidas.“ Kaip minėta, 2019 m. spalio 8 d. draudikas rašte pareiškėjai nurodė, kad jai suteiktos gydymo dienos stacionare išlaidos galėjo būti kompensuotos tik pagal „Visų medicininių paslaugų“ programos sąlygas, tačiau šios programos „limitas buvo išnaudotas“. Atsižvelgiant į tai ir remiantis civilinėje teisėje faktų įrodomumo problemai spręsti taikomu tikimybių pusiausvyros principu (faktas gali būti pripažintas įrodytu, jei šalies, kuri juo remiasi, pateikti įrodymai leidžia daryti labiau tikėtiną išvadą, kad jis yra, nei kad jo nėra (Lietuvos Aukščiausiojo Teismo 2008 m. rugpjūčio 25 d. nutartis, priimta civilinėje byloje Nr. 3K-3-304/2008), darytina išvada, kad, 2019 m. rugsėjo 6 d. pareiškėjai už suteiktas gydymo dienas stacionare paslaugas atsiskaitant kasoje, kaip nurodo pareiškėja, „sveikatos draudimo kortelė buvo nepriimta dėl per didelės sumos“, nes pareiškėjos patirtos išlaidos negalėjo būti kompensuotos pagal „Visų medicininių paslaugų“ programos sąlygas. Todėl Lietuvos bankui pateikto 2019 m. rugsėjo 6 d. pareiškėjos pokalbio telefonu su draudiko darbuotoja garso įrašo duomenys suteikia pagrindą konstatuoti, kad 2019 m. gruodžio 11 d. rašte draudiko partneris nepagrįstai teigė, kad pareiškėja po atliktos operacijos pati pasirinko „susimokėti savo lėšomis bankine kortele“.

Atsižvelgiant į tai, pažymėtina, kad 2019 m. gruodžio 11 d. rašto duomenys negali nuginčyti pareiškėjos teiginių, kad ji draudiko partneriui buvo suteikusi informaciją apie ketinimą už suteiktas gydymo stacionare paslaugas atsiskaityti panaudojant sveikatos draudimo kortelę.

1.4. Dėl Taisyklių Priedo Nr. 1 1.4.5 papunkčio pastabos sąlygų aiškinimo

Taisyklių Priedo Nr. 1 1.4.5 papunkčio pastaboje nurodyta, kad apdraustojo sveikatos sutrikimo (kuris pagal „Ambulatorinis gydymas ir diagnostika“ sąlygas pripažįstamas draudžiamuoju įvykiu) išlaidos apmokamos arba kompensuojamos tik tuo atveju, jei apie gydymo stacionare būtinybę prieš gydymo pradžią draudikas buvo informuotas raštu ir buvo gautas atitinkamas draudiko sutikimas. Apmokamos tik tos išlaidos arba išlaidų dalis, kurios iš dalies nekompensuojamos iš Privalomojo sveikatos fondo biudžeto lėšų.

Pareiškėja teigė, kad, pagal Taisyklių Priedo Nr. 1 1.4.5 papunkčio pastabos nuostatas, ji pagrįstai galėjo tikėtis, kad tuo atveju, kai sveikatos priežiūros paslaugas teikia draudiko partneris, pareiga draudiką raštu informuoti apie apdraustojo gydymo dienas stacionare būtinybę kyla draudiko partneriui (sveikatos priežiūros įstaigai), o ne pačiam apdraustajam, nes minėtoje Taisyklių sąlygoje nėra nurodyta, kad būtent *apdraustasis* privalo draudikui pateikti Taisyklių Priedo Nr. 1 1.4.5 papunktyje nurodytą informaciją. Be to, pareiškėja pabrėžė, kad Taisyklių Priedo Nr. 1 1.4.5 papunkčio nuostatas sistemiskai aiškinant su Taisyklių 8.2 papunkčio sąlygomis, kurios taip pat reglamentuoja informacijos teikimą draudikui, kai medicinos paslaugos teikiamos draudiko partnerio, akivaizdu, kad draudiko informavimo pareiga tenka ne apdraustajam, o draudiko partneriui.

Taisyklių 8.2 papunktyje nustatyta, kad, jei apdraustajam sveikatos priežiūros paslaugas suteikia partneris bei atsiskaitydamas už jas apdraustasis pateikia sveikatos draudimo kortelę, apdraustasis atleidžiamas nuo prievolės draudikui pranešti apie draudžiamąjį įvykį. Šiuo atveju apie draudžiamąjį įvykį draudikui praneša partneris tarpusavio bendradarbiavimo sutartyje nustatyta tvarka.

Vertinant pareiškėjos nurodytas aplinkybes, visų pirma svarbu pažymėti, kad Taisyklių 8.2 papunkčio nuostatos apdraustajam suteikia pagrindą pagrįstai tikėtis, kad jam dėl medicinos paslaugų suteikimo kreipusis į sveikatos priežiūros įstaigą, kuri yra draudiko partneris, draudiko partneris veikia kaip draudiko atstovas, todėl draudiko informavimo apie įvykį, dėl kurio gali būti mokama draudimo išmoka, įsipareigojimai yra įvykdyti. Taisyklių 8.2 papunkčio nuostatos pagrindžia, kad, apdraustajam informavus draudiko partnerį apie sveikatos sutrikimą, dėl kurio gali būti patirtos medicinos paslaugų išlaidos, jis su draudiku derina šias išlaidas atlyginančios draudimo išmokos mokėjimo klausimus tarp draudiko ir jo

partnerio sudarytoje bendradarbiavimo sutartyje nustatyta tvarka.

Draudikas atsiliepime į pareiškėjos kreipimąsi nurodė, kad tik apdraustajam yra geriausiai žinoma Draudimo sutartimi draudiko partnerio teikiamų paslaugų, dėl kurių gali būti mokama draudimo išmoka, apimtis. Todėl tik apdraustasis gali kreiptis į draudiką ir informuoti jį apie planuojamą gydymą dienos stacionare. Siekdamas pagrįsti šias aplinkybes, draudikas taip pat rėmėsi UAB „Northway medicinos centras“ interneto tinklalapyje nurodytais duomenimis: „Planuojant operacinį gydymą medicinos centre būtina apmokėjimo sąlygas iš anksto suderinti su draudimo kompanija. Dėl procedūros apmokėjimo patvirtinimo teiraukitės „Northway“ medicinos centro kasoje.“

Vertinant šias draudiko nurodytas aplinkybes, svarbu pažymėti, kad Lietuvos bankui draudiko pateiktos apdraustiesiems parengtos prezentacijos apie Draudimo sutarties sąlygas duomenys patvirtina, kad draudiko su partneriu (sveikatos priežiūros įstaiga) sudarytoje bendradarbiavimo sutartyje draudiko partneriui yra nurodyta draudiko teikiamų paslaugų apimtis. Atsižvelgiant į tai, darytina išvada, kad, apdraustajam kreipusis į sveikatos priežiūros įstaigą pagal sveikatos draudimo sutarties sąlygas, šios įstaigos darbuotojai turi galimybę nustatyti, dėl kokių suteiktų medicinos paslaugų skirtingų apdraustųjų pasirinktų programų atvejais patirtos išlaidos gali būti kompensuotos naudojant sveikatos draudimo kortelę.

Draudiko nurodyti UAB „Northway medicinos centras“ interneto tinklalapyje pateikti duomenys negali pagrįsti, kad pareiga suderinti „gydymo medicinos centre sąlygas“ yra nustatyta apdraustajam. Draudiko partnerio tinklalapyje skelbiama informacija, kad konsultacijos apie tai, kaip už suteiktas paslaugas atsiskaitoma sveikatos draudimo kortele, teikiamos ir draudiko partnerio kasoje, taip pat prezentacijoje nurodyti duomenys, kad draudiko partnerio darbuotojai yra informuoti, kokios medicinos paslaugos kompensuojamos pagal draudimo sutartį, suteikia pagrindą konstatuoti, kad apdraustasis, ketinantis draudiko partnerio kasoje už suteiktas paslaugas atsiskaityti sveikatos draudimo kortele, turėtų gauti išsamią informaciją apie išlaidų kompensavimo sąlygas (įskaitant ir gydymo dienos stacionare su draudiku suderinimo sąlygas).

Kaip minėta, apdraustasis, neturintis specialių medicinos žinių, kreipdamasis į draudiko partnerį dėl su sveikatos sutrikimu susijusių nusiskundimų, negali numanyti, ar įtariamo sveikatos sutrikimo gydymas bus pripažintas draudžiamuoju įvykiu pagal taikomas sveikatos draudimo sutarties sąlygas. Todėl siekiančius už suteiktas medicinos paslaugas atsiskaityti sveikatos draudimo kortele apdraustuosius asmenis draudiko partnerio – sveikatos priežiūros įstaigos – darbuotojai, veikiantys kaip draudiko atstovai, vadovaudamiesi turima kompetencija bei informacija apie draudiko kompensuojamų medicinos paslaugų apimtį, turėtų informuoti, ar pagal turimus Draudimo sutartyje nurodytų programų limitus medicinos paslaugos gali būti apmokėtos, naudojantis sveikatos draudimo kortele. Draudiko partneris, į kurį apdraustasis kreipėsi pagal sveikatos draudimo sutarties sąlygas, rekomenduodamas apdraustajam atlikti nustatyto sveikatos sutrikimo gydymą dienos stacionare, taip pat turėtų informuoti apdraustąjį, ar pagal su draudiku sudarytoje bendradarbiavimo sutartyje nurodytą pagal draudimo sąlygas teikiamų paslaugų apimtį minėto gydymo dienos stacionare paslaugos galėtų būti kompensuotos sveikatos draudimo kortelės lėšomis.

Nagrinėjamu atveju draudikas Lietuvos bankui nepateikė Taisyklių 8.2 papunktyje nurodytos bendradarbiavimo sutarties, nes, draudiko manymu, jos duomenys nėra teisiškai reikšmingi draudiko ir apdraustojo tarpusavio įsipareigojimams vertinti. Atsižvelgiant į tai, pažymėtina, kad draudiko partneriui nustatytų pareigų apimtis negali būti patikrinta, vadovaujantis rašytiniais įrodymais. Tačiau, atsižvelgiant į draudiko partnerio, kaip draudiko atstovo, sampratą ir į Lietuvos banko nustatytas aplinkybes, susijusias su draudimo išmokos mokėjimo pagal programos „Ambulatorinis gydymas ir diagnostika“ sąlygas specifika (medicinos žinių reikalaujančios draudžiamųjų įvykių sampratos), darytina išvada, kad prie draudiko partnerio įsipareigojimų priskirtinos ir Taisyklių Priedo Nr. 1 1.4.5 papunkčio sąlygų įgyvendinimo pareigos: draudiko partneris, turėdamas galimybę nustatyti, kad sveikatos sutrikimas pripažintinas nedraudžiamuoju įvykiu, turėtų apie tai informuoti apdraustąjį. Jeigu įvykis patenka į draudžiamųjų įvykių sąrašą, draudiko partneris turėtų: 1) arba apdraustojo sveikatos sutrikimo gydymo dienos stacionare sąlygas pats derinti su draudiku, arba 2) informuoti apdraustąjį, kad jis Taisyklių Priedo Nr. 1 1.4.5 papunkčio pagrindu turi raštu kreiptis į draudiką.

Šiame kontekste pažymėtina, kad draudiko partnerio pareigą pagal Taisyklių Priedo

Nr. 1 1.4.5 papunkčio sąlygas informuoti draudiką iš esmės patvirtino ir pats draudikas, nes jis pareiškėjai 2019 m. spalio 10 d. rašte nurodė, kad raštiškas pranešimas apie pareiškėjos ketinimą pasinaudoti UAB „Northway medicinos centras“ teikiamomis gydymo dienos stacionare paslaugomis draudikui turėjo būti pateiktas arba šios gydymo įstaigos, arba pareiškėjos. Be to, UAB „Northway medicinos centras“, kaip draudiko partnerio, pareigą informuoti draudiką apie planuojamą apdraustojo gydymą dienos stacionare iš esmės patvirtina ir 2019 m. gruodžio 11 d. rašte draudikui pateikti paaiškinimai, kad draudiko partneriui nekilo pareiga „operacijos apmokėjimo derinti“ su draudikui tik dėl to, kad, draudiko partnerio teigimu, pareiškėja „visų apsilankymų metu neinformavo apie turimą sveikatos draudimą“.

Todėl, remiantis nustatytais aplinkybėmis ir atsižvelgiant į Taisyklių Priedo Nr. 1 1.4.5 papunkčio formuluotę bei draudiko 2019 m. spalio 10 d. rašte pateiktą šiame papunktyje įtvirtintos sąlygos aiškinimą bei vertinimą, darytina išvada, kad draudikas nepagrįstai teigia, jog, pagal Taisyklių Priedo Nr. 1 1.4.5 papunktį tik apdraustajam kyla pareiga informuoti draudiką apie draudiko partnerio paskirtą gydymą dienos stacionare ir kad apdraustasis turi būti aktyvus bei dėti visas pastangas, kad gydymo stacionare sąlygos su draudiku būtų suderintos. Atsižvelgiant į tai, ir, vadovaujantis nustatytais duomenimis dėl draudiko partnerio Taisyklių Priedo Nr. 1 1.4.5 papunkčio pastaboje įtvirtintų ir draudiko partneriui, kaip draudiko atstovui, kitų keliamų pareigų vykdymo (draudiko informavimo apie apdraustojo gydymo dienos stacionare būtinybę, apdraustojo įspėjimą, kad teikiamos medicinos paslaugos nepatenka į draudimo apsaugą ir kt.), darytina išvada, kad draudikas, atsakydamas pareiškėjai išmokėti 643 Eur 2019 m. rugsėjo 6 d. jai suteiktų medicinos paslaugų išlaidas atlyginančią draudimo išmoką, nepagrįstai rėmėsi Taisyklių Priedo Nr. 1 1.4.5 papunkčio pastabos nuostatomis. Kadangi Lietuvos bankui pateikti įrodymai negali paneigti paneigti fakto, kad pareiškėjos turėtos 643 Eur išlaidos buvo patirtos dėl to, kad informacija apie programos „Ambulatorinis gydymas ir diagnostika“ sąlygas buvo suteikta netinkamai, darytina išvada, kad draudikui kyla pareiga išmokėti pareiškėjos reikalaujamą 643 Eur draudimo išmoką.

2. Dėl draudiko atsisakymo išmokėti pareiškėjai draudimo išmoką už 2019 m. birželio 13 d. suteiktą gydytojo konsultaciją pagrįstumo

Taisyklių Priedo Nr. 1 1.4 papunktyje nustatyta, kad draudėjui pasirinkus Sveikatos draudimo programą „Ambulatorinis gydymas ir diagnostika“ ir įvykus draudžiamajam įvykiui, draudimo išmoka, vadovaujantis Sutarties sąlygomis, be kitų nekompensuojamų iš Privalomojo sveikatos draudimo ambulatorinių Sveikatos priežiūros paslaugų išlaidų mokama šeimos gydytojo ar *gydytojo specialisto konsultacijos išlaidų kompensavimui*.

Lietuvos bankui pateikti įrodymai patvirtina, kad 2019 m. spalio 10 d. raštu pareiškėja buvo informuota, kad „2019 m. liepos 18 d. (*duomenys neskelbtini*) konsultacija dėl skundų ir tyrimai yra kompensuoti iš programos „Ambulatorinis gydymas ir diagnostika“, kaip su ligos diagnostika susijusios paslaugos“. Vis dėlto atsiliepime į pareiškėjos kreipimąsi draudikas teigė, kad buvo nurodęs klaidingą pareiškėjai suteiktos gydytojo konsultacijos datą (konsultacija suteikta 2019 m. birželio 13 d.) ir klaidingai nurodęs apie šias išlaidas atlyginančios draudimo išmokos mokėjimą. Draudiko teigimu, šios išlaidos negali būti kompensuotos, nes pareiškėja netinkamai vykdė Taisyklių 8.4 papunktyje nustatytas pareigas.

Taisyklių 8.4 papunktyje nustatyta, kad apie draudžiamąjį įvykį draudikui privaloma pranešti ne vėliau kaip per 30 kalendorinių dienų nuo jo įvykimo dienos. Pavėluotas pranešimas apie draudžiamąjį įvykį laikytinas esminiu sutarties pažeidimu, dėl kurio draudikas turi teisę atsisakyti mokėti draudimo išmoką.

Nagrinėjamu atveju šalių ginčo, kad pareiškėjos patirtos 2019 m. birželio 13 d. gydytojo konsultacijos išlaidos patenka į pagal programą „Ambulatorinis gydymas ir diagnostika“ teikiamą draudimo apsaugą, nėra. Draudikas tik informavo, kad pirmą kartą reikalavimą išmokėti 2019 m. birželio 13 d. gydytojo suteiktos konsultacijos išlaidas atlyginančią draudimo išmoką pareiškėja draudikui pateikė 2019 m. spalio 22 d. Draudikas pabrėžė, kad pareiškėja draudikui nėra pateikusi už 2019 m. birželio 13 d. suteiktą gydytojo konsultaciją sumokėtų 186 Eur pagrindžiančių įrodymų, medicinos dokumentų, patvirtinančių šių išlaidų būtinumą, taip pat nėra užpildžiusi draudiko parengtos prašymo išmokėti draudimo išmoką formos.

Svarbu pažymėti, kad, nors Lietuvos bankui pateikti 2019 m. rugsėjo 6 d. pareiškėjos

ir draudiko darbuotojos pokalbio telefonu garso įrašo duomenys patvirtina tik pareiškėjos ketinimą už jai taikytą gydymą dienos stacionare atsiskaityti sveikatos draudimo kortelės lėšomis, tačiau, kaip minėta, draudiko partneriui, kaip draudiko atstovui, kyla pareiga informuoti apdraustąjį apie draudiko kompensuojamas paslaugas ir apie galimybę už suteiktas paslaugas atsiskaityti sveikatos draudimo kortele. Todėl nagrinėjamu atveju draudikas neturėtų remtis argumentu, kad pareiškėja pažeidė esminę Draudimo sutarties sąlygą, kaip pagrindu nemokėti draudimo išmokos, nes pareiškėja draudiko apie turėtas išlaidas neinformavo per Taisyklių 8.4 papunktyje nustatytą terminą.

Be to, Taisyklių 8.4 papunkčio nuostatos turi būti sistemiškai aiškinamos su CK 6.1012 straipsnio, reglamentuojančio nepranešimo laiku apie draudžiamąjį įvykį teises pasekmes draudimo išmokai, nuostatomis. CK 6.1012 straipsnio 2 dalyje nustatyta, kad jei asmuo, kurio naudai yra sudaryta draudimo sutartis ir kuris ketina pasinaudoti savo teise į draudimo išmoką (naudos gavėjas), per sutartyje nustatytą terminą nepraneša apie draudžiamąjį įvykį, draudikas turi teisę atsisakyti išmokėti draudimo išmoką arba ją sumažinti, atsižvelgdamas į tai, ar draudėjas savo pareigos neįvykdė tyčia ar dėl neatsargumo, išskyrus atvejus, kai įrodoma, kad apie draudžiamąjį įvykį draudikas sužinojo laiku, arba *kai nepranešimas apie draudžiamąjį įvykį neturi įtakos draudiko pareigai išmokėti draudimo išmoką.*

Kaip minėta, draudikas 2019 m. spalio 10 d. raštu jau buvo informavęs pareiškėją apie sprendimą išmokėti gydytojo konsultacijos išlaidas atlyginančią draudimo išmoką. Lietuvos bankui pateikti įrodymai patvirtina, kad minėtos išlaidos atitinka Taisyklių Priedo Nr. 1 1.4 papunktyje įtvirtintas programos „Ambulatorinis gydymas ir diagnostika“ draudžiamąjį įvykio sąlygas. Todėl draudikas nepagrįstai atsiliepiame į pareiškėjos kreipimąsi teigė, kad pareiškėja nepagrindė gydytojo konsultacijos išlaidas atlyginančios draudimo išmokos mokėjimo būtinumo. Be to, draudiko atsisakymas išmokėti pareiškėjos reikalaujamą draudimo išmoką už 2019 m. birželio 13 d. suteiktą gydytojo konsultaciją, nurodant, kad pareiškėja nėra pateikusi draudikui išlaidas pagrindžiančių įrodymų ir neužpildžiusi prašymo draudimo išmokai išmokėti, vertintinas kaip formalus pagrindas taikyti Taisyklių 8.4 papunkčio nuostatas. Todėl, remiantis Lietuvos banko nustatytais aplinkybėmis, kad nagrinėjamu atveju nepranešimas apie draudžiamąjį įvykį neturi įtakos draudiko pareigai mokėti draudimo išmoką, ir vadovaujantis CK 6.1012 straipsnio 2 dalimi, darytina išvada, kad draudikui kyla pareiga pareiškėjai išmokėti reikalaujamą 2019 m. birželio 13 d. gydytojo konsultacijos išlaidas atlyginančią draudimo išmoką.

Remdamasis tuo, kas išdėstyta, ir vadovaudamasis 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 ir 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. Tenkinti pareiškėjos X. X. reikalavimą ir rekomenduoti *Compensa Life Vienna Insurance Group SE* išmokėti pareiškėjai 643 Eur draudimo išmoką, atlyginančią su pareiškėjos 2019 m. rugsėjo 6 d. gydymu dienos stacionare susijusias išlaidas ir 2019 m. birželio 13 d. suteiktos gydytojo konsultacijos išlaidas.

2. Įpareigoti draudiką per mėnesį nuo šio sprendimo priėmimo dienos raštu informuoti Lietuvos banką apie 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.