



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

**SPRENDIMAS
DĖL X. X. X. IR ADB „GJENSIDIGE“ GINČO NAGRINĖJIMO**

2020 m. spalio 14 d. Nr. V 2020/(21.27.E-2101)-242-411
Vilnius

Lietuvos bankas gavo X. X. X. (toliau – pareiškėjas) kreipimąsi, kuriuo pareiškėjas prašė išnagrinėti tarp jo ir ADB „Gjensidige“ (toliau – draudikas) kilusį ginčą.

N u s t a t y t a:

2020 m. kovo 10 d. Y. Y. (toliau – draudėjas) ir draudikas sudarė kelionių draudimo sutartį Nr. (*duomenys neskelbiami*), apdraustos rizikos rūšys – medicinos išlaidų draudimas ir repatriacija, draudimo laikotarpis – nuo 2020 m. kovo 12 d. iki 2020 m. gegužės 19 d. (toliau – 1 sutartis). Draudimo liudijime pareiškėjas nurodomas ir kaip vienas iš apdraustųjų. 2020 m. gegužės 13 d. prašymu draudėjas ir pareiškėjas kreipėsi dėl draudimo apsaugos pratęsimo, 2020 m. gegužės 14 d. buvo sudaryta Kelionių draudimo sutartis Nr. (*duomenys neskelbiami*), pagal kurią draudimo apsauga galiojo nuo 2020 m. gegužės 20 d. iki 2020 m. birželio 19 d. (toliau – 2 sutartis). Šiame draudimo liudijime pareiškėjas taip pat nurodomas kaip vienas iš apdraustųjų.

2020 m. gegužės 11 d., viešėdamas Jungtinėse Amerikos Valstijose (toliau – JAV), pareiškėjas susižeidė ranką ir 2020 m. gegužės 23 d. apie tai informavo draudiko partnerę UAB „OPS LT“ (toliau – draudiko partnerė). Pareiškėjas nurodė, kad 2020 m. gegužės 13 d. kreipėsi į gydymo įstaigą, buvo atliktas rentgeno tyrimas ir pareiškėjui nustatytas žasto dvigalvio raumens sausgyslės plyšimas, vėliau atlikta operacija. Draudiko partnerė pareiškėją informavo, kad bus atlygintos tik pirmojo pareiškėjo apsilankymo pas gydytoją 2020 m. gegužės 13 d. išlaidos (250 JAV dolerių), o vėlesnio gydymo ir operacijos išlaidos nebus atlygintos.

Nesutikdamas su draudiko partnerės sprendimu, pareiškėjas nurodė, kad 2020 m. gegužės 13 d. atlikęs tyrimus gydytojas pareiškėją informavo, kad turi būti atlikta operacija. Atlikus privalomą „Covid-19“ tyrimą ir sulaukus jo rezultatų, 2020 m. gegužės 21 d. buvo atlikta operacija. Po jos pareiškėjas kreipėsi į draudiko partnerę ir pateikė visus reikiamus dokumentus. Tą dieną, kai pareiškėjas patyrė traumą, galiojo 1 sutartis ir pagal ją turėtų būti atlyginamos patirtos medicinos išlaidos. Jei operacija būtų buvusi atidėta, būtų grėsusios komplikacijos, skydžiai į Lietuvą buvo atšaukti, todėl nebuvo aišku, kada būtų galima atlikti operaciją Lietuvoje. Prašymas pratęsti 1 sutartį dėl atšauktų skrydžių (skrydis turėjo įvykti 2020 m. birželio 19 d.) buvo pateiktas dar iki pareiškėjui kreipiantis į gydytojus.

Kadangi draudikas netenkino pretenzijos, pareiškėjas kreipėsi į Lietuvos banką, prašydamas rekomenduoti draudikui išmokėti 10 096,62 JAV dolerio draudimo išmoką. Pareiškėjo teigimu, draudikas atsisakė atlyginti patirtas išlaidas, nors pareiškėjas susižalojo tebegaliojant draudimo apsaugai, o dėl sužalojimo buvo reikalinga skubi medicinos pagalba ir operacija.

Pateiktame atsiliepime į pareiškėjo kreipimąsi draudikas prašė pareiškėjo reikalavimą atmesti. Draudiko teigimu, pareiškėjas, 2020 m. gegužės 13 d. pildydamas prašymą pratęsti draudimo sutartį, patvirtino, kad draudžiamųjų įvykių nebuvo ir jis yra sveikas. Vis dėlto pateiktuose medicinos dokumentuose nurodoma, kad tą pačią dieną pareiškėjas kreipėsi į gydytojus dėl anksčiau (2020 m. gegužės 11 d.) įvykusio įvykio. Taigi, pasirašydamas prašymą pratęsti draudimo apsaugos galiojimą, pareiškėjas žinojo, kad turi sveikatos sutrikimų, dėl kurių gali patirti su gydymu susijusių išlaidų. Be to, turimais duomenimis, prašymo pratęsti draudimo sutartį dieną pareiškėjas su gydytoju buvo aptaręs galimą

operacinį gydymą. Pagal taikomų Kelionių draudimo taisyklių Nr. 061 (toliau – Taisyklės) 38 punktą, draudimo objektas yra tik tie apdraustojo turiniai interesai, kurie susiję su finansinių nuostolių atlyginimu dėl turėtų nenumatytų išlaidų vykstant į užsienį ar kelionės metu. Prašydamas pratęsti draudimo sutartį, pareiškėjas jau buvo susižalojęs ranką ir numatė arba galėjo numatyti, kad turės išlaidų už rankos gydymą. Atsižvelgiant į tai, rankos gydymo išlaidos nėra 2 sutarties draudimo objektas ir pagal ją negali būti atlyginamos.

Taip pat draudikas nurodė, kad Taisyklių 51.1 papunktyje yra nustatyta pareiga apdraustajam ūmaus kūno sužalojimo atveju per 24 valandas pranešti draudikui arba asistavimo kompanijai apie įvykį, dėl kurio būtinoji medicinos pagalba apdraustajam teikiama stacionariu būdu sveikatos priežiūros įstaigoje. Nors pareiškėjas ranką susižalojo 2020 m. gegužės 11 d., jis draudiko partnerei apie tai pranešė elektroniniu laišku tik 2020 m. gegužės 23 d. (tai yra po įvykio praėjus gerokai daugiau kaip 24 valandoms). 2020 m. birželio 4 d. pareiškėjas draudiko partnerei pateikė medicininius ir finansinius dokumentus. Kadangi apie nelaimingą atsitikimą ir operaciją sužinojo tik po to, kai operacija jau buvo atlikta, draudikas prarado galimybę derinti galimo gydymo sąlygas ir kainas.

Draudikas pažymėjo, kad, pagal Taisyklių 43.7.1–43.7.2 papunkčius, yra numatyta galimybė organizuoti ir apmokėti apdraustojo grįžimą į Lietuvą, jei reikalingas tolimesnis stacionarinis arba ambulatorinis gydymas. Taigi, jei draudikas būtų informaciją apie nelaimingą atsitikimą gavęs Taisyklių 51.1 papunktyje nustatytais terminais, būtų turėjęs galimybę organizuoti ir pareiškėjo grįžimą į Lietuvą tolesniam gydymui. Draudikas nurodė, kad Lietuvos Respublikos generalinio konsulato Los Andžele oficialioje „Facebook“ paskyroje skelbiama, kad karantino metu skrydžiai buvo organizuojami. Taigi, operaciją ir tolesnį su ja susijusį gydymą atliekant Lietuvoje, galėjo būti sumažintos pareiškėjo gydymo išlaidos.

Draudikas nurodė, kad, vadovaujantis Taisyklių 50.3 papunkčiu, nėra atlyginamos išlaidos, susijusios su gydymu, viršijančiu būtiną medicinos pagalbą, paslaugomis, kurios nėra būtinos pagal medicininės indikacijas, arba apdraustojo sveikatos būklė pagerėjo tiek, kad jis pats, lydimas kito asmens arba medicinos personalo, toliau gydytis galėjo grįžti į šalį, kurios pilietybę turi ar kurioje nuolat gyvena.

Taisyklių 13 punkte nurodyta, kad būtinoji medicinos pagalba yra pirmoji skubi medicinos pagalba užsienio asmens sveikatos priežiūros įstaigose (ambulatorinėse ir stacionarinėse) dėl kilusios grėsmės apdraustojo sveikatai, kurios negalima atidėti iki to momento, kol apdraustasis grįš į šalį, kurios pilietybę apdraustasis turi arba kurioje jis nuolat gyvena.

Nors pareiškėjas teigia, kad draudikas neatlygino jo patirtų išlaidų dėl skubios, būtinosios pagalbos, tačiau iš užsienio gydymo įstaigos medicinos dokumentų kartu su pasitelktu gydytoju ekspertu Z. Z. (toliau – ekspertas) draudikas nustatė, kad būtinoji medicinos pagalba pareiškėjui buvo suteikta 2020 m. gegužės 13 d. Draudikas dėl šio apsilankymo gydymo įstaigoje patirtas išlaidas (250 JAV dolerių) atlygino.

Taip pat draudikas nurodė, kad iš pateiktos informacijos matyti, kad pareiškėjas kelionės užsienyje metu dirbo (2020 m. birželio 8 d. pareiškėjo laiškas) ir pratęsė kelionę – vėliau sudaryta nauja draudimo sutartis, galiojanti nuo 2020 m. birželio 20 d. iki 2020 m. liepos 2 d. Taigi, akivaizdu, kad pareiškėjas nusprendė likti užsienyje dėl kitų asmeninių priežasčių.

Eksperto vertinimu, pareiškėjo traumos atveju operacija buvo reikalinga, nes galima raumens atrofija (sunykimas) ir raumens susitraukimas, tačiau ne tokia skubi. Pareiškėjo pateiktame užsienio gydymo įstaigos gydytojo laiške bei 2020 m. gegužės 13 d. užsienio gydymo įstaigos išvadose nurodoma, kad, pasirinkus operaciją, ją buvo galima atlikti per 2–3 savaites nuo įvykusios traumos, taigi, ji galėjo būti atidėta – nebuvo indikacijų atlikti operaciją iš karto. Pareiškėjo sveikatos būklė po pirmojo 2020 m. gegužės 13 d. apsilankymo gydymo įstaigoje rodė, kad tolesnis gydymas gali būti tęsiamas ir operacija gali būti atlikta pareiškėjui grįžus į Lietuvą, todėl su tolesniu gydymu susijusios išlaidos negali būti atlygintos pagal Taisyklių 50.3 papunktį. Taip pat su operacija ir vėlesniais pooperaciniais kontroliniais apsilankymais gydymo įstaigoje susijusios išlaidos negali būti atlygintos, nes jos neatitinka būtinosios medicinos pagalbos apibrėžimo (Taisyklių 13 p.).

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

Vadovaujantis Lietuvos banko valdybos 2012 m. sausio 26 d. nutarimu Nr. 03-23 patvirtintų Vartotojų ir finansų rinkos dalyvių ginčų neteisminio sprendimo procedūros Lietuvos banke taisyklių 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, kurio pagrindu priimamas sprendimas.

Kaip matyti iš Lietuvos bankui pateiktų dokumentų ir informacijos, tarp šalių ginčas kilo dėl pareiškėjo reikalavimo draudikui išmokėti papildomą 10 096,62 JAV dolerio draudimo išmoką.

Lietuvos Respublikos civilinio kodekso (toliau – CK) 6.987 straipsnyje nustatyta, kad draudimo sutartimi viena šalis (draudikas) įsipareigoja už sutartyje nustatytą draudimo įmoką (premiją) sumokėti kitai šaliai (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. CK 6.189 straipsnio 1 dalyje nustatyta, kad teisėtai sudaryta ir galiojanti sutartis jos šalims turi įstatymo galią. CK 6.156 straipsnio 1 dalyje įtvirtintas sutarčių laisvės principas leidžia sutarties šalims laisvai sudaryti sutartis ir savo nuožiūra nustatyti tarpusavio teises bei pareigas, jei tai neprieštarauja įstatymams.

Svarbu pažymėti, kad šiam ginčui aktuali draudimo sutartis yra savanoriška, todėl draudikas, vadovaudamasis CK 6.156 straipsnio 1 dalies nuostatomis, tokio pobūdžio sutartyse gali savo nuožiūra pasiūlyti sąlygas, susijusias su teikiamos draudimo apsaugos apimtimi. Kasacinio teismo praktikoje yra nurodyta, 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 (Lietuvos Aukščiausiojo Teismo 2009 m. birželio 15 d. nutartis, priimta civilinėje byloje Nr. 3K-3-32/2009; 2012 m. kovo 13 d. nutartis, priimta civilinėje byloje Nr. 3K-3-91/2012; 2013 m. balandžio 19 d. nutartis, priimta civilinėje byloje Nr. 3K-3-215/2013).

Draudimo apsauga nustatoma tiek draudiko parengtose draudimo rūšies taisyklėse, tiek draudimo liudijime aptartose individualiosiose sąlygose. Draudimo taisyklėse nustatomi atvejai, kurie laikytini draudžiamaisiais įvykiais, taip pat kurie tokiais nelaikytini. Taigi, draudiko prievolės išmokėti draudimo išmoką pagal įstatymuose nustatytą teisinį reglamentavimą ir draudimo sutartį atsiradimas siejamas su draudžiamąjį įvykio fakto nustatymu (CK 6.987 straipsnis) (Lietuvos Aukščiausiojo Teismo Civilinių bylų skyriaus teisėjų kolegijos 2012 m. kovo 13 d. nutartis, priimta civilinėje byloje Nr. 3K-3-91/2012; 2009 m. birželio 15 d. nutartis, priimta civilinėje byloje Nr. 3K-3-257/2009; 2009 m. vasario 9 d. nutartis, priimta civilinėje byloje Nr. 3K-3-32/2009; 2013 m. balandžio 19 d. nutartis, priimta civilinėje byloje Nr. 3K-3-215/2013).

Taisyklių 38 punkte nustatyta, kad draudimo objektas – apdraustojo turtingiausi interesai, susiję su finansinių nuostolių atlyginimu dėl turėtų nenumatytų išlaidų vykstant į užsienį ar kelionės metu. Pagal Taisyklių 42 punktą, draudžiamasis įvykis yra apdraustojo kreipimasis į gydymą įstaiga užsienyje ar jo mirtis dėl atsitiktinio kūno sužalojimo ir (arba) netikėto ūmaus sveikatos sutrikimo, kurių pirmieji simptomai, keliantys grėsmę apdraustojo gyvybei bei reikalaujantys būtinosios medicinos pagalbos, atsirado draudimo sutarties galiojimo laikotarpiu apdraustajam esant užsienyje, išskyrus įvykius, išvardytus Taisyklių 40, 41, 49 ir 50 punktuose. Taisyklių 48 punkte nustatyta, kad visi draudžiamieji įvykiai, susiję su medicinos išlaidų draudimu, laikomi draudžiamaisiais, jei jie atsitiko užsienyje draudimo sutarties galiojimo laikotarpiu ir teritorijoje, nurodytoje draudimo liudijime.

Taisyklių 50.1 papunktyje nustatyta, kad draudikas neapmoka išlaidų, susijusių su gydymu ir diagnostika sveikatos sutrikimų, kurie buvo (ar galėjo būti) žinomi ir (arba) prasidėjo prieš įsigaliojant draudimo sutarčiai (nesvarbu, ar jie buvo gydomi, ar ne), sveikatos sutrikimais dėl įgimtų ir (arba) lėtinių ligų ir (arba) jų paūmėjimų gydymu, išskyrus atvejus, kai ligos paūmėjimo negalima buvo tikėtis, remiantis medicinine praktika bei dėl to kyla grėsmė apdraustojo gyvybei – atlyginamos tik būtinos ir neatidėliotinos gydytojo pagalbos, pašalinant stiprius skausmus ar gelbstint apdraustojo gyvybę, išlaidos (šiuo atveju nurodytų išlaidų būtinumą draudikas turi patvirtinti raštu. To nesuderinus raštu su draudiku, sprendimą dėl išlaidų apmokėjimo vienareikšmiškai priima draudikas, įvertinęs įvykio aplinkybes).

Kaip matyti iš pateiktų duomenų, pareiškėjas, viešėdamas JAV, ranką susižeidė 2020 m. gegužės 11 d. ir 2020 m. gegužės 13 d. kreipėsi į gydymą įstaiga, kad būtų suteikta medicinos pagalba. Kaip minėta, 1 sutartis galiojo nuo 2020 m. kovo 12 d. iki 2020 m. gegužės 19 d., o nuo 2020 m. gegužės 20 d. įsigaliojo kita draudimo sutartis – 2 sutartis. Taigi, šiam ginčui

aktualus pareiškėjo sveikatos sutrikimas (sužalojimas) jau buvo įvykęs ir žinomas pareiškėjui prieš sudarant 2 sutartį (tebegaliojant 1 sutarčiai). Įvertinus ginčo aplinkybes ir Taisyklių nuostatas, sutiktina su šalimis, kad šiuo atveju, sprendžiant pareiškėjo patirtų išlaidų atlyginimo klausimą, taikytina 1 sutartis.

Kaip minėta, ginčas kilo dėl papildomos 10 096,62 JAV dolerio draudimo išmokos. Kaip matyti iš pateiktų dokumentų, tokią sumą už 2020 m. gegužės 21 d. pareiškėjui atliktą operaciją nurodyta sumokėti pateiktame ligoninės (*duomenys neskelbiami*) dokumente. Pateiktais duomenimis, draudimo išmoka, atlyginanti pareiškėjo išlaidas už 2020 m. gegužės 13 d. apsilankymą gydymo įstaigoje (250 JAV dolerių), pareiškėjui išmokėta 2020 m. liepos 10 d.

Taisyklių 39 punkte nustatyta, kad draudėjo pasirinkimu draudžiami kelionės finansiniai nuostoliai, susiję su: medicininėmis išlaidomis; nelaimingu atsitikimu; neišvykimu į kelionę, kelionės nutrūkimu; kelionės jungties praradimu; kelionės atidėjimu; kelionės dokumentų praradimu; bagažo vėlavimu ir / ar praradimu; asmens civiline atsakomybe; sporto veikla ir / ar sporto inventoriaus vėlavimu ir / praradimu. Draudimo apsauga pagal draudimo sutartyje nustatytą apimtį galioja tik nuo draudimo rizikų, kurios nurodytos draudimo liudijime. Kaip minėta, šiuo atveju 1 sutarties draudimo liudijime nustatytos apdraustos rizikos – medicinos išlaidų draudimas ir repatriacija.

Taisyklių 43 punkte nustatyta, kokias medicinos išlaidas užsienyje, neviršijant draudimo sumos, apmoka draudikas: 43.1 papunktyje nustatyta, kad, be kitų, atlyginamos būtinosios medicinos pagalbos ambulatorinėje ir (arba) stacionarinėje gydymo įstaigoje išlaidos.

Taisyklių 13 punkte nustatyta, kad būtinoji medicininė pagalba – pirmoji skubi medicinos pagalba užsienio asmens sveikatos priežiūros įstaigose (ambulatorinėse ir stacionarinėse) dėl kilusios grėsmės apdraustojo sveikatai, kurios negalima atidėti iki to momento, kol apdraustasis grįš į šalį, kurios pilietybę apdraustasis turi arba kurioje jis nuolat gyvena. Būtinąja medicinine pagalba nėra laikomi pakartotiniai vizitai į gydymo įstaigą dėl to paties susirgimo ar traumos, kurių metu nėra skiriamas naujas gydymas arba nėra koreguojamas jau paskirtas gydymas, taip pat vizitai, kurių metu atliekama tyrimų kontrolė (pvz., atliekamos kontrolinės rentgenogramos, pateikiami atliktų tyrimų rezultatai ir pan.).

Draudikas pareiškėjo ginčijamą sprendimą grindė Taisyklių 50.3 papunkčio nuostata, kad draudikas neatlygina išlaidų, susijusių su gydymu, viršijančiu būtinąją medicinos pagalbą, paslaugomis, kurios nėra būtinos pagal medicines indikacijas, arba apdraustojo sveikatos būklė pagerėjo tiek, kad jis pats, lydymas kito asmens arba medicinos personalo, toliau gydytis galėjo grįžti į šalį, kurios pilietybę turi ar kurioje nuolat gyvena, taip pat jei paslaugos nėra paskirtos gydytojo ir (arba) nepatvirtintos dokumentais. Draudikas teigia visiškai atlyginęs būtinosios medicinos pagalbos išlaidas (atlyginęs pareiškėjui išlaidas už 2020 m. gegužės 13 d. gydymo įstaigoje suteiktas paslaugas).

Iš pateiktų duomenų matyti, kad 2020 m. gegužės 13 d. pareiškėjas buvo apžiūrėtas medicinos įstaigoje, jam buvo atliktas rentgeno tyrimas ir nustatytas žasto dvigalvio raumens sausgyslės plyšimas. Po šio apsilankymo parengtame išrašė nurodoma, kad su pareiškėju aptartos gydymo alternatyvos – konservatyvus gydymas ir operacija. Išrašė nurodoma, kad pareiškėjas sutinka, kad būtų atlikta operacija.

2020 m. birželio 24 d. pareiškėją gydžiusio gydytojo rašte nurodoma, kad pareiškėjas 2020 m. gegužės 21 d. buvo operuotas, 2020 m. gegužės 29 d. ir 2020 m. birželio 24 d. lankėsi pas gydytoją stebėjimo tikslais, 2020 m. birželio 4 d. lankėsi fizioterapijoje. Gydytojo teigimu, 2020 m. gegužės 13 d. pareiškėjui buvo rekomenduota atlikti operaciją per 2–3 savaites nuo įvykio, kad būtų pasiektas geriausias gydymo rezultatas. Gydytojo nuomone, tiek pareiškėjo trauma, tiek operacija buvo nulemta skrydžių atšaukimo ir pasikeitusių kelionės planų.

Draudiko pateiktoje eksperto išvadoje nurodoma: „<...> Dokumentuose ir paaiškinamajame rašte iš gydytojo yra nurodoma, kad pacientui operacija būtų naudingesnė nei konservatyvus gydymas, nes galima raumens atrofija (sunykimas) ir raumens susitraukimas, pacientas pats sutinka ir pageidauja operacijos (2020-06-24 gydytojo (*duomenys neskelbiami*) laiškas Gjensidige draudimo bendrovei, 2020-05-13 dienos (*duomenys neskelbiami*) išrašas, 1 lapas iš 3). Dokumentuose taip pat nurodoma, kad operacija galima atlikti per 2–3 savaites nuo įvykusios traumos – operacija gali būti atidėta nesukeliant papildomų komplikacijų, tai reiškia, kad nėra skubių indikacijų atlikti operaciją iš karto, tai patvirtinta ir 2020-06-24 gydytojo (*duomenys neskelbiami*) laiškas Gjensidige draudimo bendrovei, juolab, pati operacija buvo atlikta tik 2020-05-21 dieną (praėjus

daugiau nei savaitei nuo traumos ir pirminio vizito), tą patvirtina ir 2020-05-21 dienos (*duomenys neskelbiami*) išrašas, 1 lapas iš 3). Skubi arba neatidėliotina operacija būtų reikalinga siekiant išgelbėti paciento gyvybę, skubiai atstatyti prarasto organo / galūnės funkciją, kai atidėjus operaciją bent minimaliam laikotarpiui, tokia funkcija būtų prarasta negrįžtamai, tokiu atveju pacientas tiesiai iš priėmimo skyriaus yra nukreipiamas į operacinę ir atliekama neatidėliotina operacija. Tokios operacijos nėra planuojamos, nes bet koks atidėjimas gali lemti paciento žūtį, organų funkcijos praradimą ir panašiai. Kliento atveju neatidėliotinos operacijos nereikėjo, ji galėjo būti atidėta bent 2–3 savaitėms, be ženklesnės rizikos pakenkti galūnės funkcijai, o kliento atveju ir buvo atidėta, ką patvirtinta minėti dokumentai.“

Taigi, įvertinus pateiktus duomenis, darytina išvada, kad 2020 m. gegužės 13 d. pareiškėjui buvo suteikta būtinoji medicinos pagalba – atlikta apžiūra ir rentgeno tyrimas, nustatyta diagnozė, suplanuotas tolimesnis gydymas (paaiškintos gydymo alternatyvos, rekomenduota operacija, jai pareiškėjas pritarė). Pareiškėjas taip pat informuotas, kad operacija turėtų būti atlikta per 2–3 savaites, kad nebūtų pakenkta sveikatai. Taigi, 2020 m. gegužės 13 d. pareiškėjui buvo suteikta visa būtina ir neatidėliotina medicinos pagalba, o tolimesnis gydymas buvo tik suplanuotas, nes galėjo būti atidėtas tam tikram laikotarpiui (šiuo atveju operacija ir buvo atidėta iki 2020 m. gegužės 21 d.).

Atkreiptinas dėmesys, kad 2020 m. gegužės 13 d. gydymo įstaigos išrašė nėra pateikta duomenų, kad pareiškėjas dėl sveikatos būklės negalėtų grįžti į Lietuvą tolimesniam gydymui (operacijai). Be to, pagal Taisyklių 47 punktą, jei dėl sveikatos būklės apdraustojų grįžimas ar transportavimas į šalį, kurios pilietybę apdraustasis turi arba kurioje jis nuolat gyvena, neįmanomas, sutarties galiojimas šiam sveikatos sutrikimui gydyti gali būti pratęsimas ne ilgesniam kaip 20 kalendorinių dienų laikotarpiui. Sprendimą dėl sutarties pratęsimo vienašališkai priima draudikas ir tai turi patvirtinti raštu. Šiuo atveju, nors 2020 m. gegužės 13 d. draudėjas ir pareiškėjas draudikui pateikė pasirašytą prašymą pratęsti 1 sutartį, tokį prašymą motyvavo ne pareiškėjo sveikatos būkle dėl patirto sužeidimo, o nevykdomais skrydžiais dėl „Covid-19“ viruso. Atkreiptinas dėmesys, kad pareiškėjas prašyme neinformavo draudiko apie patirtą sužeidimą, atvirksčiai – nurodė, kad yra sveikas. Kadangi pareiškėjas draudiko neinformavo negalintis keliauti dėl sveikatos būklės, pareiškėjo prašomam papildomam laikotarpiui 1 sutartis nebuvo pratęsta, o buvo sudaryta nauja draudimo sutartis – 2 sutartis.

Įvertinus minėtas aplinkybes, sutiktina su draudiku, kad šiuo atveju būtinoji medicinos pagalba pareiškėjui suteikta 2020 m. gegužės 13 d. Vėlesnė pareiškėjo sveikatos būklė nesudarė objektyvių kliūčių grįžti į Lietuvą tolimesniam gydymui. Vėliau – 2020 m. gegužės 21 d. – pareiškėjui medicinos paslaugos (operacija) buvo teikiamos, vykdant per pirmąjį apsilankymą pas gydytoją sutartą gydymo planą¹.

Nors pareiškėjas teigia, kad šiuo atveju neturėjo objektyvios galimybės per gydytojo rekomenduotą laikotarpį atlikti operaciją grįžti į Lietuvą, nes dėl „Covid-19“ buvo atšaukti skrydžiai, tačiau nepateikė jokių šių aplinkybę patvirtinančių duomenų. Kita vertus, draudikas pateikė 2020 m. gegužės 15 d. Lietuvos Respublikos generalinio konsulato Los Andžele skelbiamą atnaujintą informaciją: „Nuo balandžio 4 dienos sugriežtinta Lietuvos piliečių repatrijavimo iš užsienio valstybių tvarka, tačiau sugrįžti į Lietuvą galimybių yra. Nuo gegužės 13 dienos reguliarius skrydžius tarp Vilniaus ir Frankfurto prie Maino (Vokietija) atnaujino „Lufthansa“ oro bendrovė (trys skrydžiai per savaitę). Iš JAV į Frankfurtą šiuo metu galima skristi iš / per Čikagos, Niujorko / Newark, Vašingtono D.C. oro uostus.“ Toliau pateikiama informacija apie kitus galimus skrydžių maršrutus, galimybę grįžti keltu iš Kylio (Vokietija) ir t. t. Pareiškėjas nepateikė duomenų, kad minėtais būdais nesėkmingai bandė grįžti į Lietuvą.

Atkreiptinas dėmesys, kad pareiškėjas į draudiką nesikreipė ir dėl galimybių padėti pareiškėjui grįžti į Lietuvos Respubliką (pagal Taisyklių 43.7 papunktį, gali būti atlyginamos medicininio repatrijavimo į šalį, kurios pilietybę apdraustasis turi arba kurioje jis nuolat gyvena, išlaidos).

Pareiškėjas draudiko partnerę apie įvykį informavo jau po to, kai operacija buvo atlikta, t. y. pareiškėjas nesikonsultavo su draudiku ar jo partnere dėl operacijos išlaidų atlyginimo. Iš pateiktų duomenų spręstina, jog pareiškėjui operacija atlikta ligoninėje, taigi, pareiškėjui

¹ Pagal Taisyklių 13 punktą, būtina medicininė pagalba nėra laikomi pakartotiniai vizitai į gydymo įstaigą dėl to paties susirgimo ar traumos, kurių metu nėra skiriamas naujas gydymas arba nėra koreguojamas jau paskirtas gydymas.

pagalba gydymo įstaigoje teikta stacionariu būdu². Pagal Taisyklių 51.1 papunktį, apdraustasis arba jo įgaliotas asmuo ūmios ligos ar kūno sužalojimo atveju privalo per 24 valandas telefonu pranešti draudikui arba jo partnerei apie įvykį, dėl kurio būtinoji medicinos pagalba apdraustajam teikiama stacionariu būdu sveikatos priežiūros įstaigoje ar dėl kurio apdraustasis mirė, išskyrus atvejus, kai to padaryti neįmanoma dėl apdraustojo sveikatos būklės ir nėra kam suteikti informaciją apie įvykį. Pareiškėjas apie 2020 m. gegužės 11 d. įvykį, taip pat 2020 m. gegužės 13 d. suplanuotą ir 2020 m. gegužės 21 d. atliktą operaciją draudiką informavo 2020 m. gegužės 23 d.

Taigi, darytina išvada, kad pareiškėjas tinkamai nebendradarbiavo su draudiku: laiku neinformavo apie įvykį, nesikonsultavo dėl tolimesnio gydymo, kad išlaidos būtų atlygintos, tačiau savo nuožiūra, be draudiko žinios, pasinaudojo medicinos paslaugomis – jam buvo teikiamas tolimesnis gydymas ir buvo atlikta operacija, nors draudikas to pagrįstai nelaikė būtinaja medicinos pagalba. Iš pateiktų duomenų nenustatyta, kad buvo objektyvių kliūčių pareiškėjui grįžti į Lietuvą tolimesniam operaciniam gydymui. Taigi, nėra pagrindo draudiko sprendimo atsisakyti atlyginti su pareiškėjo operacija susijusias išlaidas pripažinti nepagrįstu, todėl pareiškėjo reikalavimas atmestinas.

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 pareiškėjo X. X. X. 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

² Stacionarinės asmens sveikatos priežiūros paslaugos – tai paslaugos, kurios teikiamos ligoniui gydantis stacionarinėse asmens sveikatos priežiūros įstaigose, t.y. ligoninėse (Valstybinės ligonių kasos prie Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerijos tinklapyje skelbiama informacija: <http://www.vlk.lt/veikla/veiklos-sritys/sveikatos-prieziuros-paslaugos/Stacionarinės%20paslaugos>).