



**LIETUVOS BANKO  
FINANSŲ RINKOS PRIEŽIŪROS TARNYBOS  
TEISĖS IR LICENCIJAVIMO DEPARTAMENTO  
DIREKTORIUS**

**SPRENDIMAS  
DĖL X. X. IR ERGO LIFE INSURANCE SE GINČO NAGRINĖJIMO**

2021-04-07 Nr. 429-115  
Vilnius

Lietuvos bankas gavo X. X. (toliau – pareiškėjas) kreipimąsi, kuriuo pareiškėjas prašė išnagrinėti tarp jo ir *ERGO Life Insurance SE*, veikiančios Lietuvoje per įsteigtą filialą, (toliau – draudikas) kilusį ginčą.

N u s t a t y t a:

Pareiškėjas buvo apdraustas draudiko pagal sveikatos draudimo sutartį (draudimo liudijimo Nr. (*duomenys neskelbiami*)), sudarytą su draudėja – UAB „Grigeo Packing“ (toliau – draudimo sutartis), kuria šioje draudimo sutartyje numatyta tvarka ir apimtimi buvo suteikta draudimo apsauga Apdraustųjų sąraše esančių asmenų (tarp jų ir pareiškėjo) turiniams interesams, susijusiems su sveikata. Šios draudimo sutarties pagrindas bei sudedamoji dalis yra Sveikatos draudimo taisyklės Nr. 010 (2020 m. vasario 1 d. redakcija) (toliau – Taisyklės).

Pareiškėjas 2020 m. gruodžio 4 d. kreipėsi į draudiką, prašydamas kompensuoti pagal individualios veiklos pažymą veikiančio asmens suteiktas individualias psichoterapijos paslaugas ir pateikė 2020 m. lapkričio 26 d. sąskaitą faktūrą Nr. (*duomenys neskelbiami*).

Gavęs pareiškėjo prašymą draudikas pradėjo žalos bylos Nr. (*duomenys neskelbiami*) administravimo veiksmus, atlikęs draudžiamąjį įvykio tyrimą, nustatė, kad pareiškėjas kreipėsi ne į įmonę ar įstaigą, kuriai suteikta licencija teikti konkrečias paslaugas, tačiau į specialistą, kuris dirba pagal individualios veiklos pažymėjimą. Dėl šios priežasties draudikas, vadovaudamasis šalių sudarytos draudimo sutarties nuostatomis, priėmė sprendimą atsisakyti pareiškėjui kompensuoti jo patirtas išlaidas už psichoterapijos paslaugas. Pareiškėjas su tokiu draudiko priimtu sprendimu nesutiko, todėl tarp šalių kilo ginčas.

Kreipimesi į Lietuvos banką dėl vartojimo ginčo nagrinėjimo pareiškėjas prašo rekomenduoti draudikui išmokėti draudimo išmoką, atlyginančią jo patirtas išlaidas už psichoterapijos paslaugas. Pareiškėjas nurodo, kad pagal darbdavio pateiktą pasiūlymą rinkosi draudimo pasiūlymą, kurio sąlygose buvo nurodyta, jog „iš ambulatorinio gydymo ir diagnostikos per draudimo sutarties laikotarpį yra suteikiama iki 10 psichoterapijos seansų“. Pareiškėjo teigimu, pateiktame pasiūlyme jokių papildomų sąlygų nebuvo nurodyta, todėl pareiškėjas papildomai kreipėsi į draudimo brokerį dėl draudimo sutarties sąlygų paaiškinimo. Pareiškėjo teigimu, draudimo brokeris nurodė, jog tokiais atvejais yra reikalingas siuntimas, tačiau pareiškėjas pažymi, kad jis taip pat žinojo, jog psichoterapeutas turi turėti medicinos psichologo spaudą valstybinėje akreditavimo tarnyboje. Pareiškėjas teigia, kad draudiko internetinėje programėlėje, kuria naudotis rekomendavo draudikas ir kurioje administruojamos žalos bei paaiškinamos draudimo sutarties nuostatos, yra nurodyta, kad „iš ambulatorinio gydymo suteikiama iki 10 kartų psichiatro-psichoterapeuto seansų“, kartu patikslinta, jog kreipiantis į gydytojus specialistus siuntimas nereikalingas. Pareiškėjas nurodo ir tai, kad prieš sudarydamas draudimo sutartį peržiūrėjo Taisyklėse įtvirtintas nedraudžiamųjų įvykių sąlygas, tačiau jose buvo paminėta tik tai, kad pareiškėjui nebus kompensuojamas ilgesnis kaip 10 seansų psichoterapinis gydymas, todėl pareiškėjas pasinaudojo psichoterapijos paslaugoms.

Naudodamasis draudiko internetine programėle, pareiškėjas pateikė psichoterapeuto išrašytą sąskaitą faktūrą ir prašė pagal ją kompensuoti patirtas išlaidas, tačiau draudikas atsisakė mokėti draudimo išmoką. Pareiškėjas nurodo, kad draudiko priimtas sprendimas yra nepagrįstas, nes paslaugas jam suteikusi psichoterapeutė yra akredituota specialistė, dirbanti tiek valstybinėje gydymo įstaigoje, tiek ir pagal individualų veiklos pažymėjimą bei turi šios

specialybės daktaro laipsnį. Pareiškėjo nuomone, draudiko tikslas yra neatlyginti išlaidų už neakredituotų, nekompetentingų specialistų konsultacijas, tačiau šiuo atveju paslaugos suteiktos tinkamą išsilavinimą turinčio specialisto.

Atsižvelgdamas į visa tai, pareiškėjas teigia, kad, jo suvokimu, draudikas nebuvo aiškiai ir nedviprasmiškai nurodęs sąlygų, kad nebus kompensuojamos išlaidos, patirtos už psichoterapeuto, kuris dirba pagal individualios veiklos pažymėjimą, paslaugas, t. y. Taisyklėse nebuvo aiškiai nurodyta, kad reikia kreiptis būtent į gydymo įstaigą. Be to, pareiškėjas nurodo, kad tokios draudimo sutarties sąlygos neatitinka protingumo principo, nes psichologas arba psichoterapeutas kliento atžvilgiu yra išskirtinis specialistas. Pareiškėjo nuomone, psichoterapijos seansų rezultatai itin priklauso nuo kliento ir psichoterapeuto psichologinio pasitikėjimo ryšio, o šiam ryšiui užmegzti reikia konkretaus asmens ir ne vieno seanso. Pareiškėjas pažymi, kad pas minėtą psichoterapeutę lankėsi ir anksčiau, todėl jau buvo susikūręs pasitikėjimu grįstą ryšį su specialiste ir buvo palankios sąlygos vykti kitiems psichoterapijos procesams. Pareiškėjo nuomone, jeigu būtų buvę pasinaudota kitos gydymo įstaigos kito psichoterapeuto paslaugomis, tai nebūtų buvę veiksminga, nes tokiu atveju būtų reikėję mažiausiai 10 seansų tik susipažinti su nauju psichoterapeutu. Dėl šios priežasties pareiškėjas mano, jog draudiko priimtas sprendimas yra neteisingas ir nepagrįstas.

Atsiliepime į pareiškėjo kreipimąsi draudikas nurodė nesutinkąs su pareiškėjo reikalavimu ir prašė jį atmesti. Draudiko teigimu, pareiškėjas buvo tinkamai supažindintas su draudimo sutarties sąlygomis, nes draudimo sutartis buvo sudaryta tarpininkaujant draudimo brokerių bendrovei „AON Baltic“, kuri yra savo srities profesionalė. Draudikas nurodo, kad iš pareiškėjo pateiktų duomenų matyti, kad jis kreipėsi į draudimo brokerį dėl draudimo sutarties sąlygų paaiškinimo, todėl, draudiko nuomone, jis buvo tinkamai supažindintas su draudimo sutarties sąlygomis. Be to, pats pareiškėjas nurodo, kad buvo susipažinęs su šios draudimo sutarties sąlygomis, kuriose yra pateiktas išsamus nedraudžiamųjų įvykių sąrašas, aprašyta atsiskaitymo gydymo įstaigose tvarka, gydymo išlaidų apmokėjimo tvarka ir pan. Dėl šios priežasties, draudiko nuomone, šiuo atveju nėra pagrindo teigti, kad šiam ginčui aktualios Taisyklių nuostatos pareiškėjui nebuvo žinomos arba buvo neaiškios.

Draudikas taip pat pažymi ir tai, kad Taisyklėse nustatyta, kad draudėjas gali kreiptis į visas asmens sveikatos priežiūros licencijas turinčias gydymo įstaigas ir įstaigas, kurios turi teisę teikti atitinkamas sveikatos priežiūros paslaugas (vaistinės, optikos įstaigos, masažo kabinetai, odontologijos įstaigos). Draudiko teigimu, prieš apsilankydamas įstaigoje, pareiškėjas turėjo įsitikinti, ar paslaugos teikėjas turi sveikatos priežiūros paslaugų teikimo licenciją. Informaciją apie licencijas galima rasti Taisyklėse, internetinėje programėlėje ir šiuose atmintinėje nurodytuose interneto puslapiuose: [www.vaspvt.gov.lt](http://www.vaspvt.gov.lt) (asmens sveikatos priežiūros licencijų sąrašas); [info.odontologurumai.lt](http://info.odontologurumai.lt) (odontologijos licencijų sąrašas); [vapris.vvkt.lt/vvkt-web/public/subsidiaries](http://vapris.vvkt.lt/vvkt-web/public/subsidiaries) (vaistinių licencijų sąrašas). Be to, draudikas pažymi ir tai, kad tarp nedraudžiamųjų įvykių taip pat yra numatyta tai, kad, nesvarbu, kokio pobūdžio prekės ar paslaugos yra įsigytos, jos nėra apmokamos iš apdraustojo turimų limitų, jeigu tokios paslaugos yra suteiktos pagal verslo liudijimą ir individualios veiklos pažymą veikiančių asmenų. Atsižvelgdamas į tai, kad pareiškėjas pasinaudojo psichoterapijos paslaugomis ne sveikatos priežiūros įstaigoje, o psichoterapijos seansai buvo surengti pagal individualios veiklos pažymėjimą dirbančio asmens, draudikas priėmė sprendimą, kad nėra tenkinamos visos sąlygos draudžiamajam įvykiui konstatuoti, todėl atsisakė išmokėti draudimo išmoką.

Draudikas pakartotinai atkreipia dėmesį į tai, kad pareiškėjas savo kreipimesi nurodo, jog pareiškėjo pasirinkta specialistė turi medicinos psichologo spaudą ir tam, kad jis galėtų lankytis pas tokią specialistę, nėra būtinas siuntimas. Draudiko teigimu, siuntimo buvimo arba nebuvimo faktas neturi įtakos draudiko priimtam sprendimui nekompensuoti išlaidų ir iš esmės nebuvo vertinamas, nes administruojant žalą buvo nustatyta, kad įvykio aplinkybės neatitinka Taisyklėse nustatytų draudžiamąjo įvykio sąlygų, o atitinka nedraudžiamąjo įvykio sąlygą. Atsižvelgdamas į visa tai, draudikas nurodo, kad jo priimtas sprendimas atitinka draudimo sutarties sąlygas, todėl draudikas neturi teisinio pagrindo tenkinti pareiškėjo reikalavimo.

**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 vertina pateiktus įrodymus ir tuo pagrindu priima

sprendimą.

Atsižvelgiant į ginčo šalių paaiškinimus ir pateiktus įrodymus, darytina išvada, kad šalių ginčas kilo dėl draudiko atsisakymo pripažinti įvykį draudžiamuoju ir mokėti draudimo išmoką, atlyginančią pareiškėjo patirtas išlaidas, pagrįstumo.

Vertinant ginčo šalių paaiškinimus, pažymėtina, kad Lietuvos Respublikos civilinio kodekso (toliau – CK) 6.987 straipsnyje yra 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. Pagal CK 6.156 straipsnio nuostatas, šalys turi teisę laisvai sudaryti sutartis ir savo nuožiūra nustatyti tarpusavio teises bei pareigas, išskyrus atvejus, kai tam tikras sutarties sąlygas nustato imperatyviosios teisės normos. Teisėtai sudaryta sutartis jos šalims turi įstatymo galią (CK 6.189 straipsnio 1 dalis).

#### *Dėl Taisyklėse nustatytų sąlygų taikymo*

Pareiškėjas kreipimesi į Lietuvos banką savo reikalavimą grindžia teiginiu, kad Taisyklių nuostatos, pagal kurias draudikas atsisako išmokėti draudimo išmoką, yra neaiškios ir neapibrėžtos, todėl negali būti taikomos.

Svarbu pažymėti, kad nagrinėjamo ginčo atveju yra aktualios šios Taisyklių nuostatos: 1) Taisyklių 3.2 papunktis, kuriame nustatyta, kad „įvykis pripažintinas draudžiamuoju tik tuo atveju, jei paslaugas teikiantis gydytojas veikia taikytiniais teisės aktais aprašytos ir patvirtintos gydytojo specialybės kompetencijos ribose ir turi kompetentingos valstybinės institucijos išduotą galiojančią medicinos praktikos licenciją, ir kai paslaugos įsigytos ir suteiktos draudimo apsaugos laikotarpiu sveikatos priežiūros įstaigoje, turinčioje sveikatos priežiūros paslaugų teikimo licenciją“; 2) Taisyklių 4.2.2 papunkčio „č“ dalis, kurioje įtvirtinta, jog „draudikas nemoka draudimo išmokas už suteiktas sveikatos priežiūros paslaugas, gydymą ir / ar kitas paslaugas Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerijos nelicencijuotą veiklą ir neapbruotų diagnostikos ir gydymo būdų, paslaugų taikymą, taip pat netradicinės medicinos paslaugas (įskaitant, bet neapsiribojant akupunktūra, gydymu vaistažolėmis, homeopatija, aromaterapija, gydymu dėlėmis, muzikos terapija, endobiogenika), paslaugų, suteiktų asmenų, veiklą vykdančių pagal verslo liudijimą ir individualios veiklos pažymą“.

Remiantis CK 6.156 straipsnyje įtvirtintu sutarties laisvės principu ir sutarties, kaip šalių susitarimo, samprata, sutarties šaliai (šiuo atveju ir apdraustiesiems) gali būti privalomos tik tos sutarties sąlygos, su kuriomis ji sutiko, t. y. dėl kurių ji išreiškė savo valią. CK 6.185 straipsnio 2 dalyje ir 6.992 straipsnio 1 dalyje nustatyta, kad standartinės sutarties sąlygos yra kitai šaliai privalomos, jeigu buvo sudaryta tinkama galimybė su tomis sąlygomis susipažinti. CK 6.992 straipsnio 2 dalis įpareigoja draudiką sudaryti sąlygas suinteresuotiems asmenims viešai susipažinti su draudimo rūšies taisyklėmis, o prieš sudarant draudimo sutartį – įteikti jų kopijas draudėjui.

Nagrinėjamu atveju nebuvo nustatyta aplinkybių, kad supažindinimo su Taisyklėmis reikalavimai nebuvo vykdomi. Iš pareiškėjo nurodomų duomenų matyti, kad pareiškėjas kreipimesi į Lietuvos banką teigia, jog tiek prieš sudarydamas draudimo sutartį, tiek prieš pradėdamas naudotis psichoterapeuto paslaugomis domėjosi Taisyklių nuostatomis, t. y. pareiškėjas apie šalių sudarytos draudimo sutarties nuostatas klausė draudimo brokerių, susipažino su viešai skelbiamomis Taisyklių nuostatomis bei įvertino kitas UAB „Grigeo packing“ atmintinėje pateikiamas draudimo sutarties sąlygas, kuriose yra ir šiam ginčui aktualios Taisyklių nuostatos. Be to, draudikas pateikė duomenis, jog draudimo brokerių įmonė „Aon Baltic“ persiuntė UAB „Gigeo packing“ personalo vadovei, kuriai buvo pavesta supažindinti apdraustus asmenis su draudimo sutarties sąlygomis, atmintinę, kurioje yra pateikiama aktyvi internetinė nuoroda į Taisykles ir trumpas draudimo Taisyklių aprašymas. Taip pat pareiškėjas nurodė, kad naudojo ir draudiko internetinę programėlę, joje analizavo Taisyklių sąlygas, tačiau į jas draudiko nurodomos ginčui aktualios Taisyklių nuostatos nebuvo įtrauktos. Lietuvos banko vertinimu, pastarąjį pareiškėjo teiginį, kad ginčui aktualios nuostatos nebuvo įtrauktos į Taisyklių sąlygas, paneigia draudiko pateiktos Taisyklių ir atmintinės nuostatos bei internetinės programėlės nuotraukos, iš kurių matyti, kad tiek paminėtuose dokumentuose, tiek programėlėje yra įtvirtintos ginčui aktualios draudimo sutarties sąlygos. Taip pat draudikas Lietuvos bankui pateikė duomenis, jog pareiškėjas 2020 m. spalio 20 d., t. y. prieš pradėdamas naudotis paslaugomis, buvo prisijungęs prie draudiko internetinės programėlės ir taip pat turėjo

galimybę papildomai peržiūrėti ir įvertinti draudimo sutarties sąlygas. Atsižvelgiant į tai, darytina išvada, kad pareiškėjui buvo sudaryta galimybė susipažinti su Taisyklių, kurios yra sudėtinė draudimo sutarties dalis, nuostatomis, tarp jų ir nuostatomis dėl draudimo apsaugos apimties (draudžiamaisiais ir nedraudžiamaisiais įvykiais). Dėl šios priežasties, remiantis nurodytomis aplinkybėmis, nėra pagrindo teigti, kad Taisyklių sąlygos pareiškėjui nėra privalomos ir neturėtų būti taikomos.

Kadangi draudėjo ir draudiko sudaryta draudimo sutartis yra vartojimo sutartis, be draudėjo supažindinimo su draudimo sutarties sąlygomis reikalavimų vykdymo, draudikui keliami reikalavimai užtikrinti standartinių draudimo sutarties sąlygų teisinį apibrėžtumą ir jų suderinamumą, pateiktas sąvokas kiek įmanoma aiškiau atskleidžiant ir konkretizuojant (Lietuvos Aukščiausiojo Teismo 2007 m. kovo 16 d. nutartis, priimta civilinėje byloje Nr. 3K-3-152/2007; 2008 m. sausio 25 d. nutartis, priimta civilinėje byloje Nr. 3K-3-45/2008). Jeigu sutarties sąlygos vis dėlto suformuluojamos neaiškiai, jos turi būti aiškinamos pagal CK 6.193–6.195 straipsniuose įtvirtintas bendrąsias sutarčių aiškinimo taisykles.

Remiantis CK 6.193–6.195 straipsnių nuostatomis, pažymėtina, kad sutartis turi būti aiškinama nustatant tikruosius sutarties šalių ketinimus, atsižvelgiant į sutarties sąlygų tarpusavio ryšį, sutarties esmę, tikslą, jos sudarymo aplinkybes, šalių derybas dėl sutarties sudarymo, šalių elgesį po sutarties sudarymo ir kitas reikšmingas aplinkybes. Esminiai sutarčių aiškinimo principai – nagrinėti tikruosius sutarties 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 sutarties lingvistinę prasmę (Lietuvos Aukščiausiojo Teismo 2012 m. balandžio 4 d. nutartis, priimta civilinėje byloje Nr. 3K-3-146/2012; 2010 m. birželio 22 d. nutartis, priimta civilinėje byloje Nr. 3K-3-288/2010). Jeigu abejojama dėl sąvokų, kurios gali turėti kelias reikšmes, šioms sąvokoms priskiriama priimtinausia, atsižvelgiant į tos sutarties prigimtį, esmę bei jos dalyką, reikšmę. Kai abejojama dėl sutarties sąlygų, jos aiškinamos tas sąlygas pasiūliusios šalies nenaudai ir jas priėmusios šalies naudai. Visais atvejais sutarties sąlygos turi būti aiškinamos vartotojų naudai ir sutartį prisijungimo būdu sudariusios šalies naudai.

Vertinant pirmiau minėtas Taisyklių 3.2 papunkčio ir 4.2.2 papunkčio „č“ dalies sąlygas, pažymėtina, kad šių sąlygų lingvistinė išraiška yra aiški ir pagal draudimo sutarties sąlygų formuluotę bei išraiškos būdą nekyla abejonių dėl šių sąlygų turinio ir prasmės. Ginčui aktualiose nuostatose yra tiksliai apibrėžiama draudimo apsaugos apimtis, tiek draudžiamąjį, tiek ir nedraudžiamąjį įvykių sąlygos, kurios taikomos draudikas. Atsižvelgiant į tai, pažymėtina, kad nėra pagrindo tarp šalių sudarytos draudimo sutarties sąlygų aiškinti pareiškėjo naudai ir, vertinant, ar draudikas pagrįstai atsisakė išmokėti draudimo išmoką, jų netaikyti.

*Dėl draudiko priimto sprendimo atsisakyti pareiškėjui išmokėti draudimo išmoką už psichoterapijos paslaugas pagrįstumo*

Pažymėtina, kad šalių sudaryta 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. Nuo pasirinktos draudimo apsaugos priklauso draudikui mokamo atlyginimo už prisiimtus įsipareigojimus, t. y. draudimo įmokos, dydis. 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 (Lietuvos Aukščiausiojo Teismo Civilinių bylų skyriaus teisėjų kolegijos 2012 m. kovo 13 d. nutartis, priimta civilinėje byloje Nr. 3K-3-91/2012).

Atkreiptinas dėmesys, kad draudėjas, sudarydamas draudimo sutartį, siekė apsaugoti pareiškėjo turtinius interesus, o draudikas įsipareigojo pareiškėjui išmokėti draudimo išmoką įvykus draudžiamajam įvykiui. Galiojantys teisės aktai leidžia draudikui nustatyti prisiimamos draudimo rizikos ir teikiamos draudimo apsaugos ribas – atvejus, kada mokama ir kaip apskaičiuojama draudimo išmoka. Sudarydamas draudimo sutartį draudikas pasiūlo sąlygas, apibrėžiančias jo prisiimamą riziką, ir pagal tai apskaičiuoja draudimo įmokos dydį. Nagrinėjamu atveju pareiškėjo ir draudiko sutartis buvo sudaryta pagal Taisykles, kurios yra neatskiriama draudimo sutarties dalis.

Taisyklių 1.10 papunktyje yra nustatyta, kad „sveikatos priežiūros paslauga – sveikatos priežiūros įstaigose teikiamos paslaugos, apimančios Apdraustųjų konsultavimą, diagnostiką,

gydymą, profilaktiką, reabilitaciją ir prevenciją, taip pat Apdraustojų aprūpinimas priemonėmis, kurios būtinos sveikatos sutrikimui (būklei) gydyti, pagerinti ar atstatyti". Taisyklių 3.1 papunktyje yra nustatyta, kad „draudžiamasis įvykis – draudimo sutartyje nurodytas atsitikimas, kuriam įvykus draudikas privalo mokėti draudimo išmoką". Taip pat Taisyklių 3.2 papunktyje yra papildomai nustatyta, kad „įvykis pripažintinas draudžiamuoju tik tuo atveju, jei paslaugas teikiantis gydytojas veikia taikytiniais teisės aktais aprašytos ir patvirtintos gydytojo specialybės kompetencijos ribose ir turi kompetentingos valstybinės institucijos išduotą galiojančią medicinos praktikos licenciją, ir *kai paslaugos įsigytos ir suteiktos draudimo apsaugos laikotarpiu sveikatos priežiūros įstaigoje, turinčioje sveikatos priežiūros paslaugų teikimo licenciją*". Galiausiai, Taisyklių 4.2.2 papunkčio „č" dalyje yra reglamentuota, kad „draudikas nemoka draudimo išmokos už suteiktas sveikatos priežiūros paslaugas, gydymą ir / ar kitas paslaugas Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerijos nelicencijuotą veiklą ir / neapbruotą diagnostikos ir gydymo būdų, paslaugų taikymą, taip pat netradicinės medicinos paslaugas (įskaitant, bet neapsiribojant akupunktūra, gydymu vaistažolėmis, homeopatija, aromaterapija, gydymu dëlėmis, muzikos terapija, endobiogenika), *paslaugų, suteiktų asmenų, veiklą vykdančių pagal verslo liudijimą ir individualios veiklos pažymą*". Svarbu pažymėti ir tai, kad tokios pat sutarties sąlygos buvo pateiktos ir UAB „Grigeo packing" atmintinėje bei draudiko internetinėje programėlėje.

Taigi, sistemiskai ir lingvistiškai vertinant šalių pasirašytos draudimo sutarties nuostatas, svarbu yra tai, jog šalys, sudarydamos draudimo sutartį, susitarė, kad pagal draudimo sutartį sveikatos apsaugos paslaugomis yra laikomos ir įvykis bus pripažintas draudžiamuoju tik tada, kai paslaugos bus suteiktos sveikatos priežiūros įstaigoje, turinčioje Valstybės akreditavimo sveikatos priežiūros veiklai tarnybos prie Sveikatos apsaugos ministerijos išduotą sveikatos priežiūros paslaugų teikimo licenciją. Jeigu paslaugos yra įsigytos ir suteiktos asmens, kuris savo veiklą vykdo pagal verslo liudijimą arba individualios veiklos pažymą, tokiu atveju šalys, sudarydamos draudimo sutartį, susitarė, jog tokie įvykiai bus pripažinti nedraudžiamaisiais ir draudikas turės teisę atsisakyti išmokėti draudimo išmoką, atlyginančią pareiškėjo patirtas paslaugų pirkimo išlaidas.

Vertinant ginčo šalių nurodytas aplinkybes, kuriomis jos remiasi kaip savo reikalavimų ir atsikirtimų pagrindu, pažymėtina, kad pareiškėjas iš esmės remiasi aplinkybe, kad draudiko priimtas sprendimas yra neteisingas ir nepagrįstas, nes paslaugas jam suteikusi psichoterapeutė yra akredituota specialistė, dirbanti tiek valstybinėje gydymo įstaigoje, tiek pagal individualų veiklos pažymėjimą ir turi šios specialybės daktaro laipsnį. Pareiškėjas nurodo, kad psichologas arba psichoterapeutas kliento atžvilgiu yra išskirtinis specialistas, todėl konsultacijų rezultatai itin priklauso nuo ryšio su specialistu. Nesutikdamas su pareiškėjo išdėstytais argumentais, draudikas nurodė, kad keliamas reikalavimas negali būti tenkinamas, nes draudimo sutarties sąlygose yra aiškiai nurodyta, kad draudikas įsipareigoja atlyginti už apdraustiesiems asmenims suteikiamas psichoterapijos paslaugas tik tada, kai jos yra suteikiamos įmonėje arba įstaigoje, kuri turi licenciją teikti tokias paslaugas. Draudiko teigimu, jeigu paslaugas suteikė pagal verslo liudijimą ar individualios veiklos pažymą veikiantis asmuo, tokiu atveju draudikas neturi teisės išmokėti draudimo išmoką, nes toks įvykis yra pripažįstamas nedraudžiamuoju.

Vertinant visus pateiktus duomenis, svarbu yra tai, kad pareiškėjas savo reikalavimą grindžia 2020 m. lapkričio 26 d. Y. Y., dirbančios pagal individualios veiklos pažymėjimą Nr. (duomenys neskelbiami), išrašyta sąskaita faktūra Nr. (duomenys neskelbiami), iš kurios matyti, kad pareiškėjui buvo suteikta 10 individualių psichoterapijos konsultacijų. Lietuvos banko vertinimu, pateikti duomenys patvirtina, kad pareiškėjui paslaugos buvo suteiktos asmens, kuris dirba pagal individualios veiklos pažymėjimą, tačiau pagal pirmiau nurodytas šalių sudarytos draudimo sutarties nuostatas draudikas prisiėmė riziką išmokėti draudimo išmoką tik tada, jeigu paslaugos bus suteiktos įmonėje arba įstaigoje, kuri turi Valstybės akreditavimo sveikatos priežiūros veiklai tarnybos prie Sveikatos apsaugos ministerijos išduotą licenciją teikti tokias paslaugas. Be to, pats pareiškėjas nei draudikui, nei Lietuvos bankui nepateikė jokių objektyvų duomenų, kurių pagrindu būtų galima nustatyti, kad pareiškėjas kreipėsi į licenciją turinčią privačią įmonę arba įstaigą ir buvo nusiųstas pas paslaugą suteikusią psichoterapeutę. Dėl šios priežasties darytina išvada, kad draudikas pagrįstai rėmėsi draudimo sutarties nuostatomis ir priėmė pagrįstą sprendimą nepriskirti pareiškėjo patirtų išlaidų prie pagal draudimo sutartį atlygintinų išlaidų.

Kadangi pareiškėjas patyrė išlaidas, kurios neatitiko draudimo sutartyje atlygintinų išlaidų kriterijų, t. y. pareiškėjui psichoterapijos paslaugas suteikė asmuo, kuris vykdo individualią

veiklą, o ne įmonėje arba įstaigoje, turinčioje licenciją teikti tokias paslaugas, dirbantis specialistas, darytina išvada, kad draudikas pagrįstai atsisakė įvykį pripažinti draudžiamuoju ir atlyginti minėtas išlaidas, todėl pareiškėjo reikalavimas įvykį pripažinti draudžiamuoju ir išmokėti draudimo išmoką yra atmestinas kaip 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 pareiškėjo 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

Arūnas Raišutis