



**LIETUVOS BANKO
TEISĖS IR LICENCIJAVIMO DEPARTAMENTO
DIREKTORIUS**

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

2024-02-20 Nr. 429-30
Vilnius

Lietuvos bankas gavo 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:

2023 m. sausio 1 d. – 2023 m. gruodžio 31 d. Y. Y. ir draudiko sudarytos darbuotojų sveikatos draudimo sutarties (*duomenys neskelbtini*) (toliau – Draudimo sutartis) pagrindu buvo apdrausti pareiškėjo turiniai interesai, susiję su jo sveikata. Draudimo sutarties sudėtinė dalis yra Sveikatos draudimo taisyklės Nr. 067¹.

Pareiškėjas 2023 m. rugsėjo 29 d. draudikui pateikė prašymą pagal pasirinkto draudimo varianto „Ambulatorinis gydymas“ sąlygas išmokėti draudimo išmoką, atlyginančią 2023 m. rugsėjo 29 d. pareiškėjui atliktų diagnostinių tyrimų išlaidas – 108,90 Eur. Pareiškėjas savo reikalavimą grindė 2023 m. rugsėjo 27 d. (*duomenys neskelbtini*) medicinos dokumentų išrašo duomenimis.

Draudikas pareiškėjo paprašė pateikti gydymo įstaigos medicinos dokumentus, pagal kuriuos būtų nustatyta, ar draudimo išmoka dėl pareiškėjui atliktų diagnostinių tyrimų gali būti mokama pagal draudžiamąjį įvykio „Ambulatorinis gydymas“ sąlygas.

Pareiškėjas draudikui pateikė 2023 m. spalio 5 d. (*duomenys neskelbtini*) parengtą papildomą medicinos dokumentų išrašą. Minėtame dokumente nurodyta, kad „(*duomenys neskelbtini*)“.

Draudikas, vadovaudamasis pareiškėjo pateiktais medicinos dokumentais, priėmė sprendimą atsisakyti mokėti diagnostinių tyrimų išlaidas atlyginančią draudimo išmoką. Draudikas pareiškėjui nurodė, kad 2023 m. rugsėjo 27 d. pareiškėjui lankantis gydymo įstaigoje diagnostiniai tyrimai gydytojos nebuvo paskirti. Taip pat draudikas pabrėžė, kad 2023 m. rugsėjo 27 d. medicinos dokumente nurodyta, jog pareiškėjas skundų dėl sveikatos būklės neturi.

Pareiškėjas, nesutikdamas su draudiko nurodytomis aplinkybėmis, draudikui adresuotoje pretenzijoje pabrėžė, kad nors 2023 m. rugsėjo 27 d. atliekant profilaktinę sveikatos patikrą neturėjęs nusiskundimų, susijusių su darbo funkcijų atlikimu, tačiau gydytojai pasakė nuogaštaujantis dėl (*duomenys neskelbtini*). Pareiškėjas teigė, kad „gydytojai atlikus (*duomenys neskelbtini*)“, jai taip pat kilo įtarimų, be to pernai metais (2022 m.) buvo pakitę (*duomenys neskelbtini*). Pareiškėjas draudikui nurodė, kad šie duomenys buvo užfiksuoti sveikatos istorijoje.

Pareiškėjo pretenzijoje draudikui taip pat nurodyta, kad jis gydytoją informavo, jog „(*duomenys neskelbtini*)“. Pareiškėjas pabrėžė, kad gydytoja jam paskyrė kraujo tyrimus ir kardiologo konsultaciją.

Draudikas atsakyme į pareiškėjo pretenziją nurodė, kad už 2023 m. rugsėjo 29 d. diagnostinius tyrimus, kurie buvo atlikti apdraustajam neturint nusiskundimų dėl sveikatos būklės ir kurie pareiškėjo 2023 m. rugsėjo 27 d. vizito pas gydytoją metu nebuvo paskirti, draudimo išmoka nėra mokama.

¹ Galioja nuo 2020 m. kovo 9 d. (toliau – Taisyklės).

Pareiškėjas, nesutikdamas su draudiko sprendimu, prašyme nagrinėti vartojimo ginčą draudikui kėlė reikalavimą išmokėti 108,90 Eur diagnostikos tyrimų išlaidas atlyginančią draudimo išmoką.

Draudikas atsiliepime į pareiškėjo kreipimąsi nurodė, kad pareiškėjo draudikui pateiktų medicinos dokumentų duomenys patvirtina, kad pagrindinė pareiškėjui nustatyta diagnozė yra „(duomenys neskelbtini)“, tačiau atlikti tyrimai, kurie aprašyti 2023 m. spalio 5 d. medicininiame išraše bei 2023 m. rugsėjo 29 d. sąskaitoje faktūroje, niekaip nėra susiję su šiuo sveikatos sutrikimu“.

Draudikas taip pat pateikė įrodymus, kad 2024 m. vasario 6 d. ir 9 d. kreipėsi į „(duomenys neskelbtini)“, prašydamas pateikti informaciją, ar iki 2023 m. rugsėjo 27 d. pareiškėjo vizito gydymo įstaigoje datos, ar po 2023 m. rugsėjo 27 d. pareiškėjui suteiktos konsultacijos medicinos dokumentuose buvo užfiksuoti pareiškėjo nusiskundimai dėl sveikatos būklės ir dėl to buvo atlikti diagnostiniai tyrimai. Draudikas gydymo įstaigos prašė pateikti įrodymus, galinčius patvirtinti pareiškėjo nusiskundimų dėl sveikatos būklės fiksavimą ir gydytojų parengtus siuntimus pareiškėjo sveikatos būklei ištirti ir diagnostiniams tyrimams atlikti.

Draudikas nurodė, kad „(duomenys neskelbtini)“ pateikė tik pareiškėjo draudikui pateiktų 2023 m. rugsėjo 27 d. ir spalio 5 d. medicinos dokumentų išrašų kopijas. Draudikas pabrėžė, kad „(duomenys neskelbtini)“ atsisakė pateikti daugiau medicinos duomenų be pareiškėjo sutikimo tvarkyti asmens duomenis.

Remdamasis nurodytais duomenimis, draudikas teigė, kad neturi pagrindo tenkinti pareiškėjo reikalavimą išmokėti 108,90 Eur draudimo išmoką.

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. Vartotojas ir finansų rinkos dalyvis privalo įrodyti tas aplinkybes, kuriomis remiasi kaip savo reikalavimų arba atsikirtimų pagrindu, išskyrus atvejus, kai remiamasi aplinkybėmis, kurių nereikia įrodinėti. Nagrinėdamas ginčą, Lietuvos bankas atlieka ginčo šalių pateiktų įrodymų vertinimą ir jo pagrindu priima sprendimą.

Atsižvelgiant į ginčo šalių nurodytas aplinkybes ir pateiktus įrodymus, darytina išvada, kad šalių ginčas kilo dėl draudiko sprendimo atsisakyti mokėti 108,90 Eur draudimo išmoką, atlyginančią 2023 m. rugsėjo 19 d. pareiškėjui atliktų diagnostinių tyrimų išlaidas, pagrįstumo.

Siekiant išspręsti tarp šalių kilusį ginčą, Lietuvos banko nuomone, būtina įvertinti, ar draudiko sprendimas pagal gautus medicinos duomenis atsisakyti mokėti draudimo išmoką yra pagrįstas.

Lietuvos Respublikos civilinio kodekso 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.

Taisyklių 4.2 papunktyje nustatyta, kad draudžiamasis įvykis pagal draudimo variantą „Ambulatorinis gydymas“ yra apdraustojų sveikatos sutrikimas, dėl kurio apdraustajam reikalingos asmens sveikatos priežiūros paslaugos. Be kitų Taisyklių 4.3 papunktyje išvardintų išlaidų, draudikas pagal minėto draudimo varianto sąlygas įsipareigojo išmokėti draudimo išmoką už apdraustajam gydytojo paskirtus diagnostinius (laboratorinius, instrumentinius) tyrimus.

Taisyklių 1.14 papunktyje sveikatos sutrikimu pripažįstama gydytojo nustatyta ūmi ar lėtinė liga arba trauma, dėl kurios apdraustasis išreiškė nusiskundimus ir kuri reikalauja diagnostikos ar gydymo taikymo. Taisyklių 1.3 papunktyje nurodyta, kad diagnostika – tai gydytojo konsultacijos, diagnostiniai tyrimai, diagnostinės procedūros, siekiant diagnozuoti, tirti ar stebėti ligą.

Pagal Taisyklių 17.2.1 papunktį, nekompensuojamos išlaidos už suteiktas medicinos paslaugas, kai apdraustasis į priežiūros įstaigą kreipiasi, neturėdamas konkrečių nusiskundimų dėl sveikatos būklės ar dėl periodinio ligos sekimo, kai nėra ligos paūmėjimo požymių.

Todėl, remiantis nurodytomis Taisyklių sąlygomis, darytina išvada, kad į draudimo varianto „Ambulatorinis gydymas“ draudimo apsaugą patenka apdraustajam gydytojo paskirti

diagnostiniai tyrimai, jų skyrimo priežastis yra apdraustojo nusiskundimai dėl galimo sveikatos sutrikimo, kuriam diagnozuoti arba ištirti būtina skirti diagnostinius tyrimus, taip pat kai minėti tyrimai yra skiriami dėl apdraustajam jau diagnozuotos ligos stebėjimo bei diagnozuotų ligų gydymo.

Atsisakydamas pareiškėjui mokėti jo patirtų medicinos paslaugų išlaidas atlyginančią draudimo išmoką, draudikas vertino, kad diagnostiniai tyrimai 2023 m. rugsėjo 27 d. pareiškėjui lankantis gydymo įstaigoje profilaktiniais tikslais gydytojos nebuvo paskirti ir kad diagnostiniai tyrimai buvo atlikti pareiškėjo pageidavimu, neturint jokių nusiskundimų dėl sveikatos būklės.

Draudikas nurodė, kad 2023 m. spalio 5 d. medicinos dokumente nurodytas „buvęs padidintas (*duomenys neskelbtini*). Pastebėtina, jog pareiškėjui buvo atlikti ir kiti tyrimai (*duomenys neskelbtini*), kurie niekaip nėra susiję su pateiktuose dokumentuose nurodytais nusiskundimais.“

Lietuvos Respublikos draudimo įstatymo 98 straipsnio 3 dalyje nustatyta, kad draudikas neturi teisės išmokėti draudimo išmoką ar atsisakyti ją išmokėti, neįsitikinęs, kad draudžiamasis įvykis buvo. Draudimo įstatymo 98 straipsnio 2 dalyje įtvirtinta, kad draudikas privalo ištirti draudžiamąjį įvykio faktui, pasekmėms ir draudimo išmokos dydžiui nustatyti reikšmingas aplinkybes.

Siekiant draudikui tinkamai įgyvendinti įstatymo nustatytas pareigas, Draudimo įstatymo 98 straipsnio 1 dalyje apdraustajam nustatyta pareiga draudikui pateikti visą turimą informaciją, kuri yra reikšminga draudžiamąjį įvykio aplinkybėms, pasekmėms ir draudimo išmokos dydžiui nustatyti.

Draudimo įstatymo 98 straipsnio 1 dalies nuostatas detalizuoja Taisyklių sąlygos. Taisyklių 18.2.2 papunktis įpareigoja apdraustąjį draudikui pateikti išsamią ir teisingą informaciją apie draudžiamąjį įvykio priežastis, aplinkybes, žalos dydį, taip pat pateikti draudžiamąjį įvykį patvirtinančius dokumentus (originalus arba jų kopijas), visus kitus su įvykiu susijusius dokumentus, reikalingus nustatant draudžiamąjį įvykio faktą bei žalos dydį.

Taisyklių 19.8 papunktyje nustatyta, kad draudimo išmoka mokama tik draudikui pateikus dokumentus, patvirtinančius draudžiamąjį įvykio faktą, ir dokumentus, reikalingus nustatant draudimo išmokos dydį. Jeigu draudimo išmoka mokama įstaigai (partneriui), informaciją ir dokumentus, reikalingus draudimo išmokai išmokėti, draudikui pateiks partneris, tačiau draudikas turi teisę, esant poreikiui, paprašyti apdraustojo ar partnerio pateikti papildomą informaciją ar dokumentus, išvardintus Taisyklių 19.9.1–19.11.1 papunkčiuose, būtinus įsitikinti draudžiamąjį įvykio faktą ir žalos dydžiu.

Taisyklių 19.10.1 papunktyje apdraustajam nustatytas įpareigojimas pateikti sveikatos priežiūros paslaugas suteikusios įstaigos medicinos dokumentus, kuriuose būtų nurodyta informacija apie sveikatos sutrikimą, nusiskundimų atsiradimą, sveikatos sutrikimo vystymosi eigą, aiškiai suformuluotą diagnozę ir taikytą gydymą.

Remiantis draudimo varianto „Ambulatorinis gydymas“ draudžiamąjį įvykio sąlygomis, darytina išvada, kad draudiko sprendimui, ar kompensuoti pareiškėjui išlaidas už atliktus tyrimus, priimti buvo būtina gauti papildomus medicinos duomenis apie pareiškėjo pretenzijoje ir 2023 m. spalio 5 d. sudarytame medicinos dokumente nurodytus (*duomenys neskelbtini*). Minėti duomenys yra reikšmingi, siekiant nustatyti 2023 m. rugsėjo 29 d. diagnostinių tyrimų atlikimo faktą patvirtinančiame dokumente nurodytų diagnostinių tyrimų – (*duomenys neskelbtini*) – atlikimo priežastis.

Taip pat draudikas, siekdamas tinkamai vykdyti Draudimo įstatymo 98 straipsnyje nustatytas pareigas, turėjo gauti duomenis, kodėl buvo atlikti 2023 m. rugsėjo 29 d. dokumente išvardinti kiti tyrimai: (*duomenys neskelbtini*).

Pareiškėjas 2024 m. vasario 12 d. draudikui adresuotame rašte nurodė, kad neduoda sutikimo tvarkyti daugiau asmens duomenų, susijusių su pareiškėjo sveikata, išskyrus sutikimą tvarkyti asmens duomenis, kurie draudiko buvo paprašyti ir pareiškėjo draudikui pateikti įvykio administravimo metu. Todėl (*duomenys neskelbtini*) draudikui pateikė tik 2023 m. rugsėjo 27 d. ir spalio 5 d. medicinos išrašus, kuriuos pareiškėjas draudikui jau buvo pateikęs.

Pažymėtina, kad pareiškėjo ir (*duomenys neskelbtini*) draudikui pateiktuose 2023 m. rugsėjo 27 d. ir spalio 5 d. medicinos išrašuose nurodyti duomenys draudikui nebuvo pakankami, siekiant nustatyti, kodėl 2023 m. rugsėjo 29 d. buvo atlikti diagnostiniai tyrimai. Vien tik remdamasis nurodyta informacija draudikas negalėjo nustatyti, ar pareiškėjui atliktų tyrimų

išlaidas atlyginanti draudimo išmoka gali būti mokama pagal draudimo varianto „Ambulatorinis gydymas“ draudžiamojo įvykio sąlygas.

Papildomi medicinos duomenys, galintys pagrįsti, kodėl 2023 m. rugsėjo 29 d. buvo atlikti diagnostiniai tyrimai, draudikui buvo būtini, siekiant patikrinti, ar tyrimai buvo atlikti profilaktiniais tikslais, ar buvo susiję su pareiškėjo nusiskundimais dėl sveikatos būklės ir siekiu nustatyti arba paneigti galimų susirgimų diagnozes.

Remiantis Taisyklių 19.8 ir 22.1 papunkčiais, 22 punktu ir draudiko interneto tinklalapyje skelbiamų Asmens duomenų tvarkymo principų duomenimis, pažymėtina, kad draudikas turi teisę gauti informaciją iš sveikatos priežiūros įstaigų tuo atveju, jei yra gautas apdraustojo sutikimas tvarkyti asmens duomenis.

Kadangi pareiškėjo sutikimas draudikui iš sveikatos priežiūros įstaigos gauti papildomus medicinos duomenis nebuvo suteiktas, draudiko sprendimas tik pagal pateiktus 2023 m. rugsėjo 27 d. ir spalio 5 d. medicinos dokumentų išrašų duomenis įvykio nepripažinti draudžiamuoju, Lietuvos banko vertinimu, atitinka Draudimo įstatymo 98 straipsnio 3 dalies nuostatas, draudžiančias draudikui išmokėti draudimo išmoką, neįsitikinus draudžiamojo įvykio buvimu.

Draudikas Lietuvos bankui pateiktuose paaiškinimuose taip pat nurodė, kad 2023 m. spalio 5 d. medicinos duomenų išrašas galėjo būti parengtas pareiškėjui gavus draudiko sprendimą atsisakyti mokėti draudimo išmoką ir siekiant pagrįsti, kodėl diagnostiniai tyrimai, kurie nebuvo susiję su pareiškėjo nusiskundimais dėl sveikatos būklės, buvo atlikti.

Atsižvelgiant į draudiko nurodytas aplinkybes, pažymėtina, kad draudikas iš esmės teigė, jog pareiškėjas galėjo siekti suklaidinti draudiką, pateikdamas tikrovės neatitinkančią informaciją, kad nepagrįstai gautų draudimo išmoką arba jos dalį.

Taisyklių 20.1 papunktyje nustatyta, kad draudikas atleidžiamas nuo draudimo išmokos mokėjimo, jei draudėjas ar apdraustasis nevykdo raštiškų draudiko nurodymų, vengia, atsisako bendradarbiauti, nepadaeda ar trukdo išsiaiškinti įvykio aplinkybes, klaidina draudiką, pateikia draudikui tikrovės neatitinkančią informaciją ar dokumentus, taip pat kai atlieka kitus veiksmus, kuriais siekiama nepagrįstai gauti draudimo išmoką ar jos dalį, taip pat gauti didesnę nei priklauso draudimo išmoką.

Remiantis Lietuvos bankui pateiktais įrodymais, darytina išvada, kad papildomi medicinos duomenys draudikui taip pat buvo reikšmingi ir siekiant nustatyti, ar pareiškėjo draudikui keliamo reikalavimo vertinimui nėra taikomos Taisyklių 20.1 papunkčio sąlygos.

Papildomų medicinos duomenų rinkimo tikslą patvirtina ir draudiko interneto tinklalapyje paskelbtų Asmens duomenų tvarkymo principų nuostatos apie asmens duomenų tvarkymo tikslus ir pagrindus. Asmens duomenų tvarkymo principuose nurodyta, kad „asmens duomenis būtina tvarkyti, kad būtų užtikrintas sąžiningas žalos administravimas ir draudimo išmokos suskaičiavimas, taip pat siekiant išvengti sukčiavimo atvejų“. Be to, minėtuose principuose yra nurodyta, kad draudikas gali atlikti papildomus tyrimo veiksmus, kilus įtarimų dėl nesąžiningų veiksmų.

Apibendrinant Lietuvos banko nustatytas aplinkybes, darytina išvada, kad draudiko sprendimas atsisakyti tenkinti pareiškėjo reikalavimą išmokėti draudimo išmoką, nes 2023 m. rugsėjo 27 d. ir spalio 5 d. medicinos dokumentų duomenys nėra pakankami draudžiamojo įvykio sąlygoms patvirtinti ir duomenims dėl Taisyklių 20.1 papunkčio sąlygų taikymo įvertinti, yra pagrįstas.

Konstatuotų aplinkybių kontekste svarbu pažymėti, kad tuo atveju, jei pareiškėjas draudikui duotų sutikimą tvarkyti asmens duomenis ar pateiktų papildomus medicinos dokumentus, kurių pagrindu būtų patvirtinta, kad 2023 m. rugsėjo 29 d. atlikti diagnostiniai tyrimai atitinka draudžiamojo įvykio „Ambulatorinis gydymas“ sąlygas, draudikas turėtų pagrindą papildomai vertinti pareiškėjo reikalavimą dėl diagnostinių tyrimų išlaidas atlyginančios draudimo išmokos mokėjimo.

Remiantis turimais įrodymais, galinčiais pagrįsti draudiko sprendimą nemokėti draudimo išmokos, darytina išvada, kad draudikui nėra pagrindo tenkinti pareiškėjo reikalavimo išmokėti 108,90 Eur draudimo išmoką, atlyginančią 2023 m. rugsėjo 19 d. pareiškėjui atliktų diagnostinių tyrimų išlaidas, todėl pareiškėjo reikalavimas mokėti 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 tapataus ginčo dalyko kreiptis į teismą įstatymų nustatyta tvarka. Kreipimasis į teismą po Lietuvos banko sprendimo dėl ginčo esmės priėmimo nelaikomas šio sprendimo apskundimu. Ginčo šalys turi pareigą pranešti Lietuvos bankui, jeigu viena iš ginčo šalių pareiškia ieškinį bendrosios kompetencijos teismui prašydama nagrinėti tapatų ginčą iš esmės.

Direktorius

Arūnas Raišutis