



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

**SPRENDIMAS
DĖL V. M. IR ADB „GJENSIDIGE“ GINČO NAGRINĖJIMO**

2017 m. sausio 4 d. Nr. 242-7

Vilnius

Lietuvos bankas gavo V. M. (toliau – pareiškėja) atstovaujančios advokatės R. N. (toliau – pareiškėjos atstovė) kreipimąsi, kuriuo pareiškėjos atstovė prašė išnagrinėti tarp pareiškėjos ir ADB „Gjensidige“ (toliau – draudikas) kilusį ginčą.

N u s t a t y t a:

2016 m. birželio 13 d. tarp pareiškėjos ir draudiko, tarpininkaujant UAB „Ames kalbų akademija“, draudimo laikotarpiui nuo 2016 m. liepos 3 d. iki 2016 m. liepos 23 d. buvo sudaryta kelionių draudimo sutartis (*duomenys neskelbtini*). Draudimo sutartimi buvo apdrausta medicinos išlaidų ir repatriacijos draudimo rizika ir draudimo nuo nelaimingų atsitikimų rizika. Draudimo liudijime apdraustą nurodyta pareiškėjos dukra A. M. (toliau – pareiškėjos dukra).

Draudikui pagal medicinos išlaidų ir repatriacijos draudimo sutarties sąlygas buvo pateiktas prašymas išmokėti draudimo išmoką, atlyginančią patirtas medicinos išlaidas dėl pareiškėjos dukrai draudimo laikotarpiu būnant anglų kalbos stovykloje Jungtinėse Amerikos Valstijose (toliau – JAV) pasireiškusio sveikatos sutrikimo (pilvo skausmo) suteiktų medicinos paslaugų. 2016 m. rugsėjo 28 d. draudiko raštu pareiškėja buvo informuota apie draudiko sprendimą nemokėti draudimo išmokos, nes, pagal draudimo sutarčiai taikomų Kelionių draudimo taisyklių Nr. 061 (toliau – Taisyklės) 43.1 papunktį, draudimo išmoka, atlyginanti išlaidas, susijusias su gydymu ir diagnostika sveikatos sutrikimų, kurie buvo (arba galėjo būti) žinomi ir (arba) prasidėjo prieš įsigaliojant draudimo sutarčiai (nesvarbu, ar jie buvo gydomi, ar ne), negali būti mokama. Draudikas pareiškėjai nurodė, kad JAV gydymo įstaigos pateiktuose medicinos dokumentuose nurodyta, kad pareiškėjos dukros sveikatos sutrikimas, dėl kurio ji 2016 m. liepos 6 d. buvo nuvežta į JAV gydymo įstaigą, jau buvo užfiksuotas 2016 m. birželio 6 d.

Pareiškėjos atstovė kreipimesi dėl ginčo nagrinėjimo nurodė, kad 2016 m. spalio 5 d. VšĮ „Antakalnio poliklinika“ medicinos dokumentų išrašo duomenys patvirtina, kad 2016 m. birželio mėnesį pareiškėjos dukrai nebuvo pasireiškusių sveikatos sutrikimų. Be to, pareiškėjos dukrai nebuvo nustatyta jokios diagnozės, susijusios su 2016 m. liepos 6 d. sveikatos sutrikimu.

Pareiškėjos atstovė taip pat nurodė, kad prieš sudarant draudimo sutartį pareiškėja nebuvo supažindinta su Taisyklių sąlygomis. Be to, pareiškėja kartu su dukra nevyko į JAV vykusių anglų kalbos stovyklą, todėl neturėjo galimybės betarpiškai kontroliuoti dukters sveikatos sutrikimų diagnozavimo bei gydymo eigos, priimti objektyvių sprendimų dėl sveikatos priežiūros paslaugų būtinumo ir jų masto. Pareiškėjos atstovė pabrėžė, kad gydymo įstaiga ir (arba) kiti asmenys (stovyklos vadovas) sveikatos priežiūros paslaugų masto ir kainų dydžio su pareiškėja nederino, nesiaiškino, ar ji bus pajėgi atlyginti medicinos išlaidas. Pareiškėjos atstovė tikino, kad apie dukros sveikatos sutrikimus sužinojo tik po to, kai ji buvo nuvežta į JAV esančią gydymo įstaigą, todėl negalėjo turėti įtakos medikų sprendimams.

Pareiškėjos atstovės teigimu, nagrinėjamu atveju Taisyklių 43.1 papunktis negali būti taikomas, nes pareiškėjos dukra galėjo pasijusti blogai dėl pasikeitusių laiko juostų skirtumų,

maisto ir kitų priežasčių, o ne dėl sveikatos sutrikimų, kurie buvo (ar galėjo būti) žinomi ir (arba) prasidėjo prieš įsigaliojant draudimo sutarčiai. Pareiškėjos atstovė pabrėžė, kad nėra pagrindo remtis vien tik nepilnametės pareiškėjos dukros žodžiais, nes dėl kalbos barjero ir subjektyvaus aplinkybių vertinimo ji galėjo neteisingai medikams paaiškinti juntamus sveikatos simptomus. Pareiškėjos atstovė nurodė, kad prieš kelionę į JAV pareiškėjos dukra su šeima buvo nuvykusi į Barseloną, tačiau tuomet nesiskundė dėl JAV gydymo įstaigoje tirtų sveikatos sutrikimų. Pareiškėjos dukra tvirtina JAV gydymo įstaigos medikams nesuteikusi jokios medicinos dokumentuose užfiksuotos informacijos apie iki 2016 m. liepos 6 d. pasireiškusius sveikatos sutrikimus.

Pareiškėjos atstovė taip pat nurodė, kad pareiškėjos dukrai dėl ūmaus sveikatos būklės pakitimo kelionėje (sveikatos pablogėjimo) reikėjo skubios medicinos pagalbos. Pareiškėjos atstovės teigimu, jeigu pareiškėjos dukrai nebūtų buvusi suteikta neatidėliotina medicinos pagalba, galėjo kilti grėsmė jos sveikatai, todėl 2016 m. liepos 6 d. įvykis pagal draudimo sutarties sąlygas turi būti pripažintas draudžiamuoju. Pareiškėjos atstovės vertinimu, jeigu pareiškėjos dukros būklė būtų buvusi stabili, ji nebūtų buvusi nuvežta į gydymo įstaigą ir jai nebūtų buvę atlikti medicinos tyrimai ir suteikta kita medicinos pagalba. Pareiškėjos atstovė nurodė, kad pareiškėjos dukrai kelionės JAV metu prasidėję pilvo skausmai buvo ūmaus pobūdžio, jie galėjo būti susiję tiek su apsinuodijimu maistu, tiek su kitais ūmiais sveikatos sutrikimais. Pareiškėjos atstovė taip pat pabrėžė, kad pagal draudiko pateiktą 2016 m. liepos 7 d. įvykio aplinkybių vertinimą nėra galimybės nustatyti, kokie ūmūs sveikatos sutrikimai galėtų būti pripažinti draudžiamuoju įvykiu, kuriam įvykus draudikas išmokėtų draudimo išmoką, atlyginančią šių sutrikimų diagnozavimo ir kitų suteiktų medicinos paslaugų išlaidas.

Pareiškėjos atstovė pabrėžė, kad JAV gydymo įstaiga tiesiogiai bendravo su draudiku, todėl draudikas, o ne pareiškėja turi išsiaiškinti, kokios pareiškėjos dukrai suteiktos medicinos paslaugos buvo būtinos, pasireiškus sveikatos sutrikimui (simptomams). Remdamasi kreipimesi į Lietuvos banką nurodytomis aplinkybėmis, pareiškėjos atstovė Lietuvos banko prašė rekomenduoti draudikui įvertinti JAV gydymo įstaigoje pareiškėjos dukrai suteiktų medicinos paslaugų būtinumą ir pagal draudimo sutarties sąlygas išmokėti draudimo išmoką, atlyginančią pareiškėjos patirtas medicinos išlaidas.

Atsiliepime dėl pareiškėjos atstovės nurodytų aplinkybių ir pateikto reikalavimo pagrįstumo draudikas nurodė, kad JAV gydymo įstaigos pateiktuose dokumentuose buvo detaliam aprašyti pareiškėjos dukros nusiskundimai dėl sveikatos. Medicinos dokumentuose nurodoma, kad apdraustosios sveikatos sutrikimas (nėspecifinis pilvo skausmas, JAV medikai šį sveikatos sutrikimą labiausiai siejo su galima lėtine liga – dirgliosios žarnos sindromu) medikų buvo užfiksuotas ir anksčiau, pirmą kartą – 2016 m. birželio 6 d. Paskutinį kartą prieš apdraustajai išvykstant į JAV panašus sveikatos sutrikimas – pilvo skausmai – buvo užfiksuotas 2016 m. birželio 20 d. Barselonoje. Draudiko vertinimu, šios medicinos dokumentuose nurodytos aplinkybės pagrindžia, kad apdraustoji ir draudėja apie dažnus pareiškėjos dukros pilvo skausmus galėjo žinoti prieš įsigaliojant draudimo sutarčiai, todėl 2016 m. liepos 6 d. įvykis atitinka Taisyklių 43.1 papunktyje įtvirtintą įvykio pripažinimo nedraudžiamuoju sąlygą.

Draudikas pabrėžė, kad JAV gydymo įstaigos pateiktuose medicinos dokumentuose yra užfiksuota, kad užsienio gydytojai telefonu kalbėjo su pareiškėja, todėl pareiškėjos atstovės kreipimesi nepagrįstai teigiama, kad pareiškėja neturėjo galimybės betarpiškai kontroliuoti dukros sveikatos sutrikimų diagnozavimo ir gydymo eigos. Draudikas nurodė, kad JAV gydymo įstaigos parengtuose medicinos dokumentuose esanti informacija yra nuosekli, medicinos dokumentų duomenys atitinka duomenis, kuriuos galėjo žinoti tik pareiškėja ir jos dukra. Draudikas pabrėžė, kad medicinos dokumentuose nurodyta informacija apie ankstesnę kelionę į Barseloną yra visiškai tiksli.

Įvertinęs pareiškėjos atstovės pateikto 2016 m. spalio 5 d. VŠĮ „Antakalnio poliklinika“ parengto medicinos dokumentų išrašo duomenis, draudikas teigia, kad šiame dokumente yra nurodyta informacija apie pareiškėjos dukrai atliktus tyrimus dėl nusiskundimų ūmiais pilvo

skausmais (2016 m. balandžio 11 d. ir 2016 m. balandžio 13 d.). Draudiko vertinimu, 2016 m. spalio 5 d. VšĮ „Antakalnio poliklinika“ medicinos dokumentų išrašo duomenys ne tik nepaneigia JAV gydymo įstaigos duomenų teisingumo, bet, priešingai, juos papildo. Remdamasis nurodytomis aplinkybėmis, draudikas konstatavo neturintis pagrindo keisti priimto sprendimo – dėl 2016 m. liepos 6 d. įvykio atsisakyti pareiškėjai mokėti 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. Vartotojas ir finansų rinkos dalyvis privalo įrodyti tas aplinkybes, kuriomis remiasi kaip savo reikalavimų arba atsikirtimų pagrindu, išskyrus atvejus, kai remiamasi aplinkybėmis, kurių nereikia įrodinėti. Nagrinėdamas ginčą Lietuvos bankas atlieka pateiktų įrodymų vertinimą, kurio pagrindu priimamas sprendimas.

Atsižvelgiant į ginčo šalių paaiškinimus ir pateiktus įrodymus, darytina išvada, kad šalių ginčas kyla dėl draudiko sprendimo pagal kelionės draudimo sutarties sąlygas nemokėti draudimo išmokos, atlyginančios dėl apdraustosios kelionės JAV metu pasireiškusio sveikatos sutrikimo patirtas medicinos išlaidas, pagrįstumo.

Vertinant pareiškėjos atstovės kreipimesi nurodytas aplinkybes, kad pareiškėja prieš sudarant draudimo sutartį nebuvo supažindinta su Taisyklių sąlygomis, kuriose nurodyta draudimo apsaugos apimtis, pažymėtina, kad standartinės sutarties sąlygos yra kitai šaliai privalomos, jeigu buvo sudaryta tinkama galimybė su tomis sąlygomis susipažinti (CK 6.185 straipsnio 2 dalis, 6.992 straipsnio 1 dalis). 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. Lietuvos Respublikos draudimo įstatymo 92 straipsnio 2 dalyje įtvirtintas reikalavimas draudimo taisykles paskelbti draudimo įmonės interneto svetainėje.

Svarbu pažymėti, kad kelionių draudimo liudijime yra aiškiai nurodyta, kokia draudimo taisyklių redakcija yra taikoma tarp pareiškėjos ir draudiko sudarytai kelionių draudimo sutarčiai. Be to, draudimo liudijime yra nurodyta, kad draudėjas, sumokėdamas draudimo įmoką arba pasirašydamas draudimo sutartį, patvirtina, kad yra supažindintas su Taisyklėmis, jokių pastabų neturi ir jam yra įteikta Taisyklių kopija. Nagrinėjamu atveju ginčo šalys neginčija draudimo sutarties sudarymo ir draudimo įmokos sumokėjimo fakto. Atsižvelgiant į tai ir įvertinus aplinkybę, kad pareiškėja draudimo sutarties sąlygų pagrindu siekia savo reikalavimų patenkinimo, nėra pagrindo teigti, kad Taisyklių sąlygos pareiškėjai nėra privalomos ir neturi būti taikomos.

Pareiškėjai taikomų Taisyklių 35 punkte nustatyta, kad draudimo sutartimi apdraudus medicinos išlaidų draudimo riziką draudžiamuoju įvykiu pripažįstamas apdraustojo kreipimasis į gydymo įstaigą užsienyje arba jo mirtis dėl atsitiktinio kūno sužalojimo ir (arba) netikėto ūmaus sveikatos sutrikimo, kurio pirmieji simptomai, keliantys grėsmę apdraustojo gyvybei ir reikalaujantys būtinosios medicinos pagalbos, atsirado draudimo sutarties galiojimo laikotarpiu apdraustajam esant užsienyje, išskyrus bendrus nedraudžiamuosius įvykius (Taisyklių 33, 34 punktai) ir medicinos išlaidų draudimo nedraudžiamuosius įvykius (42 ir 43 punktai). Taisyklių 6 punkte nustatyta, kad medicinos išlaidos – tai finansiniais ir medicinos dokumentais patvirtintos išlaidos, atsirandančios, kai apdraustasis dėl ūmios ligos ar kūno sužalojimo dėl nelaimingo atsitikimo kelionės užsienyje laikotarpiu kreipėsi į gydymo įstaigą. Remiantis Taisyklių 7 punktu, pažymėtina, kad ūmi liga – tai ūmus, netikėtas žmogaus organizmo būklės pakitimas, sukiantis pavojų sveikatai ir gyvybei, prasidėjęs užsienyje draudimo sutarties galiojimo laikotarpiu ir dėl jo reikalinga būtinoji medicinos pagalba. Būtinoji medicinos pagalba – tai pirmoji skubi medicinos pagalba užsienio sveikatos priežiūros įstaigose dėl kilusios grėsmės apdraustojo sveikatai, kurios negalima atidėti iki momento, kol apdraustasis grįš į šalį, kurios pilietybę turi arba kurioje jis

nuolat gyvena ir turi leidimą nuolat gyventi (Taisyklių 11 punktą).

Taisyklių 43.1 papunktyje nustatyta, kad draudikas nemoka draudimo išmokos, atlyginančios išlaidas, susijusias 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 dėl to kyla grėsmė apdraustojo gyvybei, atlyginamos tik būtinos ir neatidėliotinos gydytojo pagalbos, pašalinant stiprius skausmus ar gelbstint apdraustojo gyvybę, išlaidos. Remiantis Taisyklių 43.3 papunkčiu, pažymėtina, kad draudikas nemoka draudimo išmokos, atlyginančios išlaidas, susijusias su gydymu, viršijančiu būtiną medicinos pagalbą, ir paslaugomis, kurios nėra būtinos pagal medicinines indikacijas.

Vadovaujantis nurodytomis Taisyklių nuostatomis, darytina išvada, kad draudikui pagal medicinos išlaidų draudimo sutarties sąlygas kyla pareiga mokėti draudimo išmoką, atlyginančią dėl apdraustajam užsienio gydymo įstaigoje suteiktos neatidėliotinos ir skubios medicinos pagalbos paslaugų, kurios buvo būtinos pagal medicinines indikacijas, patirtas išlaidas.

Lietuvos Respublikos draudimo įstatymo (toliau – Draudimo įstatymas) 98 straipsnio 3 dalies 2 punktą ir 7 dalis įpareigoja draudiką prieš priimant sprendimą atsisakyti mokėti draudimo išmoką patikrinti visą jam prieinamą informaciją, taip pat įrodyti aplinkybes, atleidžiančias draudiką nuo draudimo išmokos mokėjimo. Lietuvos Aukščiausiasis Teismas 2016 m. liepos 7 d. nutartyje, priimtoje civilinėje byloje Nr. 3K-3-366-378/2016, pasisakydamas dėl įrodymų vertinimo, sprendžiant klausimą dėl draudiko pareigos atlyginti apdrausto asmens išlaidas už užsienio valstybės sveikatos priežiūros įstaigoje suteiktas gydymo paslaugas, konstatavo, kad „Draudimo įstatymo 98 straipsnio 7 dalies nuostata yra specialioji teisės norma, nustatanti įrodinėjimo naštos paskirstymo taisyklę, kuri taikoma tais atvejais, kai tarp draudimo sutarties šalių kyla ginčas dėl draudimo išmokos mokėjimo būtent tais atvejais, kai draudikas atsisako ją išmokėti.“ Remiantis kasacinio teismo suformuota praktika ir draudimo teisinius santykius reglamentuojančių teisės aktų nuostatomis, darytina išvada, kad draudikas, siekdamas pagrįsti, kad 2016 m. liepos 6 d. pareiškėjos dukrai pasireiškęs pilvo skausmas neatitiko draudimo sutartyje ir teisės aktuose nustatytų skubios medicinos pagalbos, kuri būtina pagal medicinines indikacijas, sąlygų, Lietuvos bankui turėjo pateikti objektyvius, tinkamus ir leistinus įrodymus, patvirtinančius, kad pareiškėjos dukrai JAV gydymo įstaigoje suteiktos medicinos paslaugos nebuvo būtinos ir neatidėliotinos.

Nagrinėjamu atveju draudikas Lietuvos bankui nepateikė jokių atsikirtimų dėl pareiškėjos atstovės kreipimesi nurodytų aplinkybių, kad pareiškėjos dukrai 2016 m. liepos 7 d. pasireiškęs pilvo skausmas buvo ūmaus pobūdžio. Draudikas taip pat nesikreipė į JAV gydymo įstaigą, kurioje pareiškėjos dukrai buvo suteiktos medicinos paslaugos, siekdamas patikrinti informaciją, ar pareiškėjos dukrai 2016 m. liepos 6 d. pasireiškęs pilvo skausmas pagal simptomus ir medicinines indikacijas priskirtinas prie klinikinės būklės, dėl kurios pagal būtinąsias medicinos pagalbos ir būtinąsias medicinos pagalbos paslaugų teikimo tvarką ir mastą reglamentuojančius teisės aktus buvo reikalinga skubi ir neatidėliotina medicinos pagalba.

Remiantis Taisyklių 43.1 papunkčio nuostatomis, kuriomis draudikas grindžia sprendimą nemokėti draudimo išmokos, pažymėtina tai, kad minėtame papunktyje numatyta draudiko atsisakymo mokėti draudimo išmoką išimtis: draudikui kyla pareiga mokėti draudimo išmoką, atlyginančią būtinos ir neatidėliotinos gydytojo pagalbos, pašalinant stiprius skausmus, išlaidas. Iš Lietuvos bankui ginčo šalių pateiktų dokumentų ir paaiškinimų darytina išvada, kad draudikas nerinko įrodymų, kurie leistų įsitikinti, ar dėl pareiškėjos dukrai 2016 m. liepos 7 d. pasireiškusio pilvo skausmo reikėjo skubaus nuskausminimo ir kitų būtinų ir neatidėliotinių medicinos paslaugų. Pažymėtina, kad draudikas Lietuvos bankui nepateikė objektyvių įrodymų, suteikiančių pagrindą konstatuoti, kad 2016 m. liepos 7 d. įvykiui turi būti taikomos Taisyklių 43.1 papunkčio sąlygos be šiame papunktyje nurodytų išimčių, taip pat kad neturi būti taikomos draudimo sutartyje nustatytos draudimo išmokos, atlyginančios skubios medicinos pagalbos paslaugų išlaidas, mokėjimo sąlygos.

Vertinant pareiškėjos reikalavimo mokėti draudimo išmoką dėl jos dukrai suteiktų medicinos paslaugų pagrįstumą, taip pat svarbu pažymėti, kad Lietuvos bankui pateiktuose JAV gydymo įstaigos parengtuose medicinos dokumentuose nurodyta, kad pareiškėjos dukrai buvo atlikti laboratoriniai tyrimai, siekiant įsitikinti, ar apdraustajai nėra ūmaus apendicito arba ūmių ginekologinių susirgimų.

Įvertinus Lietuvos bankui pateiktus medicinos dokumentus ir tai, kad draudikas nepateikė juose nurodytų duomenų paneigiančių įrodymų, pažymėtina, kad pagal pareiškėjos dukros simptomus jai atlikti medicinos tyrimai buvo būtini, siekiant įsitikinti, ar nėra klinikinės būklės, keliančios grėsmę apdraustosios sveikatai ar gyvybei. Remiantis JAV gydymo įstaigos parengtuose medicinos dokumentuose nurodytomis aplinkybėmis, darytina išvada, kad apdraustajai atlikti medicinos tyrimai ir suteikta stacionarinė medicinos pagalba buvo skirta ūmaus susirgimo tikimybei įvertinti. Be to, svarbu ir tai, kad Lietuvos bankui JAV gydymo įstaigos parengtų medicinos dokumentų duomenys patvirtina, kad laboratoriniai tyrimai pareiškėjos dukrai buvo atlikti ne lėtinės ligos simptomams iširti, o siekiant nustatyti ūmiai pareiškėjos dukrai pasireiškusių pilvo skausmų priežastis. Kadangi JAV gydymo įstaigos parengtų medicinos dokumentų duomenys negali pagrįsti, kad apdraustoji į šią gydymo įstaigą kreipėsi dėl lėtinių ligų diagnostikos ir gydymo, darytina išvada, kad 2016 m. liepos 7 d. įvykiui negali būti taikomos Taisyklių 43.1 papunkčio sąlygos.

Atkreiptinas dėmesys, kad draudimo teisiniuose santykiuose draudėjas pripažįstamas silpnesne sutarties šalimi, todėl draudėjo teisės ir interesai turi būti ginami prioritetiškai. Kadangi draudikas, remdamasis Draudimo įstatymo 98 straipsnio 7 dalyje įtvirtinta įrodinėjimo naštos paskirstymo taisykle, nesurinko ir Lietuvos bankui nepateikė įrodymų, patvirtinančių, kad apdraustajai JAV gydymo įstaigoje atlikti diagnostiniai tyrimai ir suteikta stacionari medicinos pagalba nebuvo skubūs ir neatidėliotini, darytina išvada, kad draudiko sprendimas atsisakyti mokėti draudimo išmoką, atlyginančią dėl 2016 m. liepos 6 d. apdraustajai pasireiškusio sveikatos sutrikimo patirtas medicinos išlaidas, laikytinas nepagrįstu, o pareiškėjos reikalavimas dėl draudimo išmokos mokėjimo yra tenkintinas.

Remdamasis tuo, kas išdėstyta, ir vadovaudamasis Lietuvos Respublikos vartotojų teisių apsaugos įstatymo 27 straipsnio 1 dalies 1 punktu, Lietuvos banko valdybos 2012 m. sausio 26 d. nutarimo Nr. 03-23 „Dėl Vartotojų ir finansų rinkos dalyvių ginčų neteisminio sprendimo procedūros Lietuvos banke taisyklių patvirtinimo“ 2 punktu bei šiuo nutarimu patvirtintų Vartotojų ir finansų rinkos dalyvių ginčų neteisminio sprendimo procedūros Lietuvos banke taisyklių 59.1 papunkčiu, n u s p r e n d ž i u:

1. Patenkinti pareiškėjos V. M. reikalavimą, rekomenduojant draudikui išmokėti draudimo išmoką, atlyginančią JAV gydymo įstaigos pateiktuose medicinos dokumentuose nurodytas apdraustajai suteiktų medicinos paslaugų išlaidas.

2. Įpareigoti draudiką per mėnesį nuo šio sprendimo priėmimo dienos raštu informuoti Lietuvos banką apie šio sprendimo rezoliucinės dalies 1 punkte nurodytas 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.

Direktorius

Mindaugas Šalčius