



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

**SPRENDIMAS
DĖL A. O. IR ADB „GJENSIDIGE“ GINČO NAGRINĖJIMO**

2018 m. vasario 14 d. Nr. 242-58

Vilnius

Lietuvos bankas gavo A. O. (toliau – pareiškėja) atstovaujančios advokatės R. E. (toliau – pareiškėjos atstovė) kreipimąsi, kuriuo prašoma išnagrinėti tarp pareiškėjos ir ADB „Gjensidige“ (toliau – draudikas) kilusį ginčą.

N u s t a t y t a:

Pareiškėja 2017 m. sausio 29 d. su draudiku sudarė kelionių draudimo sutartį (draudimo liudijimo Nr. (*duomenys neskelbtini*)) (toliau – Draudimo sutartis), pagal kurią nuo 2017 m. sausio 31 d. iki 2017 m. vasario 15 d. buvo apdrausti pareiškėjos turtiniai interesai, susiję su finansinių nuostolių atlyginimu dėl turėtų nenumatytų išlaidų vykstant į užsienį. Draudimo liudijime nurodyta, kad medicinos išlaidų ir repatriacijos draudimo suma yra 100 000 Eur, o draudimo nuo nelaimingų atsitikimų suma yra 6 000 Eur.

2017 m. sausio 31 d. pareiškėja išvyko į Jungtines Amerikos Valstijas (toliau – JAV). 2017 m. vasario 4 d. kelionės į Los Andželą metu pareiškėja pajuto silpną pykinimą, diarėją (viduriavimą), silpnumą rankose ir kojose. 2017 m. vasario 6 d. skridama į Floridos valstiją pareiškėja „jautė kojų ir rankų nutirpimą, nevaldymą, vėliau nebegalėjo paeiti“. Dėl minėtų negalavimų pareiškėja buvo nugabenta į gydymo įstaigą (*duomenys neskelbtini*) (toliau – Gydymo įstaiga) ir hospitalizuota, ligoninėje jai buvo atlikti tyrimai (liumbalinė punkcija, magnetinio rezonanso tomografijos tyrimai, kraujo tyrimai ir kt.).

Pareiškėja kreipėsi į draudiką, prašydama išmokėti draudimo išmoką, atlyginančią dėl 2017 m. vasario 6 d. įvykio patirtas medicinos išlaidas. Prašyme pareiškėja nurodė, kad iš savo asmeninių lėšų už suteiktas medicinos paslaugas Gydymo įstaigai sumokėjo 1 000 JAV dolerių dydžio, o vėliau Gydymo įstaiga pareiškėjai pateikė 22 293 JAV dolerių sąskaitą, kurioje nurodytos išlaidos už pareiškėjai atliktus tyrimus.

Draudikas, vadovaudamasis Kelionių draudimo taisyklių Nr. 061 (toliau – Taisyklės) 46.1 papunkčiu, kuriame nurodyta, kad nėra atlyginamos išlaidos, susijusios 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, priėmė sprendimą atsisakyti mokėti draudimo išmoką, atlyginančią pareiškėjos patirtas medicinos išlaidas. Draudikas 2017 m. balandžio 21 d. pareiškėjai adresuotame rašte, kuriuo pateikiamas sprendimas nemokėti draudimo išmokos, nurodė, kad, siekdamas patikrinti informaciją, ar kelionėje patirti pareiškėjos sveikatos sutrikimais nebuvo pasireiškę anksčiau, kreipėsi į VšĮ Šeškinės polikliniką. Iš VšĮ Šeškinės poliklinikos pateiktų medicinos dokumentų nustatyta, kad panašių sveikatos sutrikimų būta jau 2014 metais (degeneraciniai distrofiniai juosmeninės dalies pakitimai, osteochondrozė, L5-S1 tarpo kair. mediolateralinė disko išvarža, kanalo stenozė, kt.). Draudikas padarė išvadą, kad Gydymo įstaigoje užfiksuoti sveikatos sutrikimai pareiškėjai buvo žinomi prieš įsigaliojant draudimo sutarčiai. Be to, draudikas atkreipė dėmesį, kad, pagal Taisyklių 46.25 papunktį, draudikas neatlygina išlaidų, patirtų dėl gydymo stacionarinėje asmens sveikatos priežiūros įstaigoje, jei tam nebuvo gautas

draudiko raštiškas sutikimas. Draudikas taip pat pabrėžė, kad, pagal Taisyklių 46.3 papunktį, nėra atlyginamos išlaidos, susijusios su gydymu, viršijančiu būtinąją medicinos pagalbą.

Pareiškėjos atstovė, nesutikdama su draudiko sprendimu, kreipimėsi į Lietuvos banką nurodė, kad Taisyklių 46.1, 46.3 ir 46.25 papunkčiuose įtvirtintos nuostatos pažeidžia šalių interesų pusiausvyrą vartotojo nenaudai, nes pareiškėja, sudarydama Draudimo sutartį, negalėjo protingai tikėtis, kad jos patirtos medicinos išlaidos bus atlygintos tik tokiu atveju, jeigu atsirado dėl tokių susirgimų, kurie pareiškėjai dar nebuvo pasireiškę. Atstovės teigimu, tokios Taisyklių sąlygos prieštarauja proporcingumo bei teisingumo principams, nes, sudarydama sutartį, pareiškėja negalėjo numanyti, kokie susirgimai jai gali pasireikšti išvykoje į užsienio valstybę. Pareiškėjos atstovė taip pat pažymėjo, kad Draudimo sutartis buvo sudaryta pagal standartines sąlygas prisijungimo būdu, todėl sutartyje esantys teisiniai neaiškumai bei galimi sutarties sąlygų prieštaravimai, vadovaujantis Lietuvos Respublikos civilinio kodekso (toliau – CK) 6.193 straipsnio 4 dalimi, aiškintini pareiškėjos, kaip vartotojos, naudai. Pareiškėjos atstovė nurodė, kad pareiškėja įvykdė savo prievolę pagal Draudimo sutartį – sumokėjo draudimo įmoką, o draudikas nereikalavo jokių duomenų apie pareiškėjos sveikatos būklę, todėl laikytina, kad pareiškėja savo, kaip draudėjos, pareigas atliko tinkamai ir jokios informacijos nuo draudiko nenuslėpė. Todėl būtent draudikas turi prisiimti Draudimo sutartyje numatytą atsakomybę, nes rizika išaugo būtent dėl draudiko neveikimo. Pareiškėjos atstovės teigimu, Draudimo sutartis buvo sudaryta elektroninių ryšių priemonėmis, todėl pareiškėja neturėjo galimybių išsamiai susipažinti su Draudimo sutarties sąlygomis arba savarankiškai jų išsiaiškinti.

Pareiškėjos atstovė mano, kad Taisyklių 46.1 papunktyje įtvirtinta nuostata yra neteisėta, draudimo apsauga buvo apribota dėl paties draudiko neveikimo ir netinkamo pareiškėjos informavimo apie esmines sutarties sąlygas, be to, Draudimo sutartis turi būti aiškintina kaip vientisas dokumentas, o šiuo atveju, atstovės teigimu, draudikas šabloniškai sudarydamas Draudimo sutartį įgyvendino tik savo turtinį interesą, paneigdamas bet kokius pareiškėjos, kaip vartotojos, teisėtus lūkesčius dėl draudikui perkeltos rizikos.

Pareiškėjos atstovė, siekdama pagrįsti, kad Draudimo sutarčiai neturi būti taikomos Taisyklių 46.3 papunkčio nuostatos, pabrėžė, kad nėra aišku, koku būdu draudikas nustatė, kad pareiškėjai suteiktos medicinos paslaugos ir atliktos procedūros nebuvo būtinos ir kodėl nėra laikomos būtinaja medicinos pagalba. Atstovės teigimu, pareiškėjai joks gydymas nebuvo suteiktas, atvykus į Gydymo įstaigą tebuvo atlikti būtiniausi tyrimai sveikatos sutrikimo priežastims nustatyti. Pareiškėjai nebuvo suteikto perteklinio gydymo, dėl kurio Draudikas turėtų teisę atsisakyti mokėti draudimo išmoką. Nepateikdamas įrodymų, kad suteiktos paslaugos buvo perteklinės, ir sudarydamas sutartis elektroninėmis ryšio priemonėmis, kurios iš esmės užtikrina minimalią draudimo apsaugą, draudikas piktnaudžiauja savo, kaip stipresnės šalies, padėtimi.

Dėl Taisyklių 46.25 papunktyje įtvirtintos nuostatos pareiškėjos atstovė pažymi, kad, sudariusi Draudimo sutartį, pareiškėja iš draudiko gavo informacinį pranešimą, kuriame nurodyta, kaip turi būti elgiamasi atsitikus draudžiamajam įvykiui: „jeigu esate guldomas į ligoninę ir Jums skiriamas stacionarinis gydymas, apie tai per 24 valandas būtinai praneškite nurodytais telefono numeriais.“ Remdamasi minėtomis aplinkybėmis, pareiškėjos atstovė teigia, kad draudiko nurodytos Taisyklių sąlygos iš esmės yra prieštaraujančios draudiko pareiškėjai pateikto pranešimo „Ką daryti atsitikus įvykiui“ turiniui bei reikalavimams, nes minėtame pranešime nėra numatytos jokios išlygos, kad draudikas išipareigoja atlyginti medicinos išlaidas, susijusias su stacionariu gydymu, tik esant draudiko sutikimui, o Taisyklėse yra nurodyta, kad tokios išlaidos atlyginamos tik tokiu atveju, jeigu buvo gautas raštiškas draudiko sutikimas dėl stacionaraus draudėjo gydymo. Atsižvelgdama į tai, kad pareiškėja draudiką dėl stacionaraus gydymo informavo telefonu ir el. paštu, pareiškėjos atstovė teigia, kad pareiškėja nepadarė jokio Draudimo sutarties pažeidimo, dėl kurio būtų galima atsisakyti mokėti draudimo išmoką, o Taisyklių 46.25 sąlyga turi būti vertinama kaip pažeidžianti šalių interesų pusiausvyrą vartotojo nenaudai.

Pareiškėjos atstovė taip pat nesutinka su draudiko atsisakymu mokėti draudimo išmoką ir teiginiu, kad panašūs susirgimai, kurie prasidėjo pareiškėjai būnant JAV, buvo užfiksuoti dar 2014

m. ir nuolat kartojosi. Pareiškėjos atstovės manymu, tai, kad pareiškėjos „fizinė būklė, susijusi su stuburo dalimi, nugara, kojomis, yra jautri ir probleminė“, nereiškia, kad bet kokie su minėtomis sritimis susiję susirgimai ar negalavimai yra analogiški ir vienodi. Pareiškėjos atstovė pažymi, kad Gydyimo įstaigoje buvo atlikti tyrimai, siekiant nustatyti pareiškėjos negalavimų priežastis ir pritaikyti gydymą. Pareiškėjos atstovė teigia, kad ligų kodai, kuriais yra identifikuojami asmens susirgimai, yra tarptautiniai, todėl, vien formaliai vadovaujantis Gydyimo įstaigos ir VšĮ Šeškinės poliklinikos nurodytomis diagnozėmis, akivaizdu, kad pareiškėjos JAV patirti negalavimai yra visiškai skirtingi. Pareiškėjai 2014 m. pasireiškę simptomai buvo tik panašūs, susiję būtent su rankų ir kojų funkcionavimo sutrikimais. Tačiau net ir panašūs simptomai negali būti pripažinti tomis pačiomis ligomis ar to paties susirgimo padariniais, ypač kai susirgimus skiria net treji metai. Iš pareiškėjos nurodytų simptomų (silpnumas, diarėja, kojų tirpimas ir kt.) gydytojai iš karto konstatavo, kad pareiškėjos būklę galėjo nulemti *Guillan-Barre* sindromas – staigiai prasidedanti uždegiminė liga, kuri siejama su bakterine arba virusine infekcija. Būtent dėl minėto *Guillan-Barre* sindromo pareiškėjai buvo atliekami tyrimai, siekiant patvirtinti arba paneigti sindromo pasireiškimo versiją. Be to, nebuvo nustatyta jokio priežastinio ryšio tarp pareiškėjos stuburo išvaržos ir kelionės metu patirtų susirgimų. Remdamasi nurodytomis aplinkybėmis, kad JAV nustatyti negalavimai ir susirgimai nėra tapatūs nustatytiems Lietuvos Respublikos gydymo įstaigose, ir aplinkybe, kad pareiškėja duomenų apie prieš draudimo sutarties įsigaliojimą buvusius susirgimus draudikui nepateikė ne dėl tyčios, o dėl neatsargumo, pareiškėjos atstovė prašo įpareigoti draudiką išmokėti draudimo išmoką, atlyginančią pareiškėjos patirtas medicinos išlaidas, arba išmokėti CK 6.993 straipsnio 6 dalies pagrindu sumažintą draudimo išmokos dalį.

Atsiliepime dėl pareiškėjos atstovės nurodytų aplinkybių ir pateikto reikalavimo pagrįstumo draudikas pabrėžė, kad nėra duomenų, patvirtinančių, kad 2014 metais pasireiškusių ligos gydymas ir reabilitacija buvo baigti 2014 m. liepos mėnesį, be to, degeneraciniai pakitimai taip ir nebuvo visiškai pašalinti, taigi išvaržos turėjo būti aptiktos pakartotinių tyrimų metu. Draudikas taip pat nurodė, kad pareiškėja 2014–2017 metais į gydymo įstaigą dėl tų pačių sveikatos sutrikimų kreipėsi net keletą kartų, o ligos diagnozės bei nusiskundimai nuolatos kartojosi, todėl draudikas padarė išvadą, kad Gydyimo įstaigoje užfiksuoti sveikatos sutrikimai pareiškėjai buvo žinomi prieš įsigaliojant Draudimo sutarčiai. Draudikas manymu, nėra pagrįsti pareiškėjos atstovės pretenzijose nurodyti argumentai dėl netinkamo pareiškėjos supažindinimo su Draudimo sutarties sąlygomis, nes pareiškėja, prieš sudarydama draudimo sutartį internetu, privalėjo pažymėti, kad susipažino su Taisyklėmis, nes, to nepadarius, neleidžiama tęsti pirkimo ir atlikti mokėjimo. Taip pat supažindinimą su draudimo Taisyklėmis ir aplinkybes, kad pareiškėja neturi jokių pastabų dėl šių Taisyklių, pareiškėja patvirtino sumokėdama draudimo įmoką. Draudikas pabrėžė, kad pateikti įrodymai patvirtina, jog pareiškėja su visomis Draudimo sutarties sąlygomis, įskaitant ir Taisyklių 46.1, 46.3 ir 43.25 papunkčių sąlygas, buvo supažindinta tinkamai.

Draudikas teigė, kad Taisyklių 43.25 papunktis 2017 m. balandžio 21 d. rašte yra labiau naudojamas informaciniais tikslais, nes sprendimas nemokėti draudimo išmokos Taisyklių 43.25 papunkčio sąlyga nebuvo grindžiamas. Draudikas nurodė, kad įvykis nedraudžiamuoju buvo pripažintas remiantis Taisyklių 46.1 papunkčiu ir VšĮ Šeškinės poliklinikos parengtais medicinos dokumentais. Draudikas taip pat pabrėžė, kad Taisyklių 46.1 papunkčio, pagal kurį 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, galiojimui neturi ir negali turėti įtakos tai, ar šią informaciją pareiškėja iš anksto pateikė, ar nepateikė draudikui prieš sudarydama Draudimo sutartį. Remdamasis atsiliepime į pareiškėjos kreipimąsi nurodytomis aplinkybėmis, draudikas konstatavo neturintis pagrindo pareiškėjai mokėti draudimo išmokos, atlyginančios jos patirtas medicinos išlaidas.

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, kurio pagrindu priimamas sprendimas.

Atsižvelgiant į ginčo šalių nurodytas aplinkybes ir pateiktus įrodymus, darytina išvada, kad ginčas kilo dėl Taisyklių 46.1, 46.3 ir 43.25 papunkčių sąlygų Draudimo sutarčiai taikymo ir draudiko sprendimo atsisakyti mokėti draudimo išmoką, atlyginančią pareiškėjos kelionės į JAV metu patirtas medicinos išlaidas.

Dėl Taisyklių 46.1, 46.3 ir 43.25 papunkčių sąlygų taikymo Draudimo sutarčiai

CK 6.189 straipsnio 1 dalyje nustatyta, kad teisėtai sudaryta ir galiojanti sutartis jos šalims turi įstatymo galią. CK 6.156 straipsnio 1 dalyje yra įtvirtintas sutarčių laisvės principas, pagal kurį šalys turi teisę laisvai sudaryti sutartis ir savo nuožiūra nustatyti tarpusavio teises bei pareigas, jei tai neprieštaruoja įstatymams. Svarbu pažymėti, kad pareiškėjos ir draudiko 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. Pažymėtina, kad nuo draudimo apsaugos apimties 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 2013 m. balandžio 19 d. nutartis, priimta civilinėje byloje Nr. 3K-3-215/2013). Jeigu sutarties sąlygos yra parengtos aiškiai ir suprantamai, jos neturi būti aiškinamos per plačiai, priešingu atveju būtų nepagrįstai išplečiami draudiko prisiimti įsipareigojimai.

Vertinant pareiškėjos atstovės nurodytas aplinkybes, kad Taisyklių 46.1, 46.3 ir 43.25 papunkčių sąlygos pažeidžia draudimo sutarties šalių interesų pusiausvyrą pareiškėjos, kaip vartotojos, nenaudai, todėl jos pareiškėjai neturi būti taikomos, pažymėtina, kad, remiantis CK 6.156 straipsnyje įtvirtintu sutarties laisvės principu ir sutarties, kaip šalių susitarimo, samprata, sutarties šaliai gali būti privalomos tik tos sutarties sąlygos, su kuriomis ji sutiko, t. y. dėl kurių ji išreiškė savo valią. CK 6.185 straipsnio 2 dalis ir 6.992 straipsnio 1 dalis nustato, 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. Lietuvos Respublikos draudimo įstatymo (toliau – Draudimo įstatymas) 92 straipsnio 2 dalyje įtvirtintas reikalavimas draudimo taisykles paskelbti draudimo įmonės interneto svetainėje.

Nagrinėjamu atveju nebuvo nustatyta aplinkybių, kad pareiškėjos supažindinimo su Taisyklėmis reikalavimai nebuvo vykdomi. Draudimo liudijime yra aiškiai nurodyta Taisyklių redakcija ir šie duomenys patvirtina, kad pareiškėja buvo supažindinta su Draudimo sutarčiai taikomų Taisyklių sąlygomis. Be to, draudimo liudijime yra nurodyta, kad draudėja, sumokėdama draudimo įmoką (ir) ar pasirašydama Draudimo sutartį, patvirtina, kad yra supažindinta su Taisyklėmis, jokių pastabų neturi ir jai yra įteikta Taisyklių kopija. Pareiškėjos atstovė neginčija draudimo įmokos sumokėjimo bei Taisyklių įteikimo fakto, o Lietuvos bankui pateikti įrodymai patvirtina, kad Draudimo sutartis buvo sudaryta, tarpininkaujant draudimo brokerių įmonei UADBB „Balto link“. Draudimo sutarties sudarymo dieną UADBB „Balto link“ pareiškėjai raštu pateikė nuorodą į draudiko interneto svetainėje skelbiamas Taisykles ir priminė, kad būtina susipažinti su Taisyklių sąlygomis, taip pat pateikė nuorodą į sąlygas, kurias draudėjas turi vykdyti atsitikus draudžiamajam įvykiui. Atsižvelgiant į tai, darytina išvada, kad standartinių draudimo sutarties sąlygų įteikimo reikalavimai buvo įvykdyti.

Šiame kontekste taip pat pažymėtina, kad Taisyklių įteikimo ir pareiškėjos supažindinimo su standartinėmis sąlygomis aplinkybes pagrindžia draudiko atsiliepime į pareiškėjos atstovės kreipimąsi pateikti paaiškinimai, kad „pareiškėja, sudarydama draudimo sutartį internetu, privalėjo prieš draudimo sutarties sudarymą pažymėti, kad susipažino su draudimo taisyklėmis. Pareiškėjai nesusipažinus su Taisyklėmis ir apie tai nepažymėjus sistemoje, neleidžiama tęsti pirkimo ir atlikti apmokėjimo.“ Įvertinus Lietuvos banko nustatytas aplinkybes ir atsižvelgiant į tai, kad pareiškėja Draudimo sutarties pagrindu siekia, kad būtų patenkintas reikalavimas išmokėti draudimo išmoką, nėra pagrindo teigti, kad Taisyklių 46.1, 46.3 ir 43.25 papunkčių sąlygos Draudimo sutarčiai neturi būti taikomos.

Kadangi tarp pareiškėjos ir draudiko sudaryta Draudimo sutartis yra vartojimo sutartis, todėl, 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 (2008 m. sausio 25 d. nutartis, priimta civilinėje byloje Nr. 3K-3-45/2008). Taip pat pažymėtina, kad draudimo sutarties sąlygos turi būti aiškinamos pagal CK 6.193–195 straipsniuose įtvirtintas bendrąsias sutarčių aiškinimo taisykles.

Remiantis CK 6.193–195 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). 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.

Taikant lingvistinės analizės metodą, vertintinas pareiškėjos reikalavimo pagrindą sudarančių Draudimo sutarties nuostatų turinys, jų gramatinė išraiška, lingvistinė prasmė. Svarbu pažymėti, kad 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 2017 m. vasario 17 d. nutartis, priimta civilinėje byloje Nr. 3K-3-38-378/2017).

Taisyklių 46 punkte numatyta, kad draudikas neapmoka išlaidų susijusių su „gydymu ir diagnostika sveikatos sutrikimų, kurie buvo (ar galėjo būti) žinomi ir / ar prasidėjo prieš įsigaliojant draudimo sutarčiai (nesvarbu, ar jie buvo gydomi, ar ne), sveikatos sutrikimais dėl įgimtų ir / ar lėtinių ligų ir / ar 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 galutinį sprendimą dėl išlaidų apmokėjimo priimame Mes)“ (Taisyklių 46.1 papunktis); „gydymu, viršijančiu būtiną medicininę pagalbą, paslaugomis, kurios nėra būtinos pagal medicininės indikacijas arba apdraustojo sveikatos būklę pagerėjo tiek, kad jis pats, lydimas kito asmens arba medicinos personalo toliau gydytis galėjo

grįžti į šalį, kurios pilietybę turi ar kurioje nuolat gyvena ir turi leidimą nuolat gyventi, o taip pat nėra paskirtos gydytojo ir / arba nepatvirtintos dokumentais“ (Taisyklių 46.3 papunktis); „gydymo stacionarinėje asmens sveikatos priežiūros įstaigoje, medicininio transportavimo į šalį, kurios pilietybę apdraustasis turi arba kurioje jis nuolat gyvena ir turi leidimą nuolat gyventi, apdraustojo palaiškų transportavimo ar laidojimo išlaidomis, jei tam nebuvo gautas mūsų raštiškas sutikimas“ (Taisyklių 46.26 papunktis).

Vertinant Taisyklių 46.1, 46.3 ir 43.25 papunkčiuose numatytas sąlygas, pažymėtina tai, kad šių sąlygų lingvistinė išraiška yra aiški ir pagal Draudimo sutarties sąlygų formuluotes bei išraiškos būdus nekyla abejonių dėl minėtų sąlygų turinio ir prasmės. Atsižvelgiant į tai, nėra pagrindo teigti, kad Taisyklių 46.1, 46.3 ir 43.25 papunkčiuose numatytos sąlygos turi būti aiškintinos standartines draudimo sutarties sąlygas pasiūliusios šalies nenaudai ir pareiškėjos naudai. Darytina išvada, kad teisės aktams neprieštaraujančios ir aiškios Taisyklių 46.1, 46.3 ir 43.25 papunkčiuose nustatytos sąlygos yra taikytinos tarp pareiškėjos ir draudiko sudarytai Draudimo sutarčiai ir šalims jos yra privalomos.

Dėl draudiko sprendimo nemokėti draudimo išmokos, atlyginančios pareiškėjos patirtas medicinos išlaidas

Vertinant ginčo šalių nurodytas aplinkybes dėl draudiko sprendimo nemokėti draudimo išmokos, atlyginančios pareiškėjos patirtas medicinos išlaidas, pagrįstumo, pažymėtina, kad nors draudikas 2017 m. balandžio 21 d. rašte, be Taisyklių 46.1 ir 46.3 papunkčių, kaip atsisakymo mokėti draudimo išmoką pagrindą, nurodė ir Taisyklių 46.25 papunktį, įpareigojantį draudėją gauti draudiko raštišką sutikimą dėl gydymo stacionarioje asmens sveikatos priežiūros įstaigoje, draudikas atsiliepime į pareiškėjos atstovės kreipimąsi nurodė, kad 2017 m. balandžio 21 d. rašte Taisyklių 46.25 papunktis buvo nurodytas tik kaip papildoma sąlyga, neturinti įtakos draudiko sprendimui. Atsižvelgiant į tai, darytina išvada, kad draudikas, priimdamas sprendimą nemokėti draudimo išmokos, vadovavosi Taisyklių 46.1 ir 46.3 papunkčių nuostatomis.

Vertinant, ar draudikas pagrįstai 2017 m. vasario 6 d. įvykiui pritaikė Taisyklių 46.1 ir 46.3 papunkčių nuostatas, pažymėtina, kad Taisyklių 38 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, kurių pirmieji simptomai, keliantys grėsmę apdraustojo gyvybei bei reikalaujantys būtinosios medicinos pagalbos, atsirado draudimo sutarties galiojimo laikotarpiu apdraustajam esant užsienyje, išskyrus nedraudžiamuosius įvykius. Taisyklių 6 punkte nustatyta, kad medicinos išlaidos – tai finansiniais ir medicininiais 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, ūmi liga – tai ūmus, netikėtas žmogaus organizmo būklės pakitimas, sukiantis pavojų sveikatai bei gyvybei, prasidėjęs užsienyje draudimo sutarties galiojimo laikotarpiu ir kuriam 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 apdraustasis turi arba kurioje jis nuolat gyvena ir turi leidimą nuolat gyventi (Taisyklių 12 punktas).

Taisyklių 46.1 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 46.3 papunkčiu, pažymėtina tai, kad draudikas nemoka draudimo išmokos, atlyginančios išlaidas, susijusias su gydymu, viršijančiu būtiną medicinos pagalbą, ir paslaugomis, kurios nėra būtinos pagal medicininės indikacijas.

Vadovaujantis nurodytomis Taisyklių nuostatomis, darytina išvada, kad draudikui pagal medicininių 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 medicininės indikacijas, patirtas išlaidas.

Draudimo įstatymo 98 straipsnio 3 dalies 2 punkte ir 7 dalyje nustatytas įpareigojimas draudikui prieš priimant sprendimą atsisakyti mokėti draudimo išmoką patikrinti visą 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 2017 m. vasario mėn. pareiškėjai pasireiškę sveikatos sutrikimai neatitiko draudimo sutartyje ir teisės aktuose nustatytų skubios medicinos pagalbos, kuri būtina pagal medicininės indikacijas, sąlygų, Lietuvos bankui turėjo pateikti objektyvius, tinkamus ir leistinus įrodymus, patvirtinančius, kad pareiškėjai Gydymo įstaigoje suteiktos medicinos paslaugos nebuvo būtinos ir neatidėliotinos. Nagrinėjamu atveju draudikas Lietuvos bankui nepateikė jokių atsikirtimų dėl pareiškėjos atstovės kreipimesi nurodytų aplinkybių, kad pareiškėjai kelionės metu pasireiškę sveikatos sutrikimai buvo ūmaus pobūdžio ir kad tyrimai Gydymo įstaigoje buvo atliekami, siekiant įsitikinti, ar pareiškėjos negalavimai nėra *Guillan-Barre* sindromo padarinys. Draudikas taip pat nesikreipė į Gydymo įstaigą, kurioje pareiškėjai buvo suteiktos medicinos paslaugos, siekdamas patikrinti aplinkybes, ar pagal pareiškėjos patirtus simptomus ir medicininės indikacijas jai pasireiškę simptomai priskirtini prie klinikinės būklės, kai reikalinga skubi ir neatidėliotina medicinos pagalba.

Remiantis Taisyklių 46.1 papunkčio nuostatomis, kuriomis draudikas grindžia sprendimą nemokėti draudimo išmokos, neatlyginamos išlaidos, susijusios su gydymu ir diagnostika sveikatos sutrikimų, kurie buvo (ar galėjo būti) žinomi ir (arba) prasidėjo prieš įsigaliojant Draudimo sutarčiai. Tačiau iš Lietuvos bankui pateiktų dokumentų nustatyta, kad pareiškėjai 2017 m. vasario 4 d. atlikti laboratoriniai tyrimai nebuvo skirti iki Draudimo sutarties sudarymo pareiškėjai pasireiškusiems sveikatos sutrikimams diagnozuoti. Gydymo įstaigos parengtuose medicinos dokumentuose nurodyta, kad pareiškėjai buvo atlikti laboratoriniai tyrimai, siekiant įsitikinti, ar apdraustajai nepasireiškė ūmi liga – *Guillan-Barre* sindromas, kuriai pasireiškus būtina suteikti skubią medicinos pagalbą dėl kilusios grėsmės asmens sveikatai.

Atsižvelgiant į Lietuvos bankui pateiktų medicinos dokumentų duomenis ir į tai, kad draudikas nepateikė šiuos duomenis paneigiančių įrodymų, pažymėtina, kad pagal pareiškėjos simptomus jai atlikti medicinos tyrimai buvo būtini, siekiant įsitikinti, ar nėra klinikinės būklės, keliančios grėsmę apdraustosios sveikatai ar gyvybei. Remiantis Gydymo įstaigos parengtuose medicinos dokumentuose nurodytomis aplinkybėmis, darytina išvada, kad pareiškėjai atlikti medicinos tyrimai ir suteikta stacionarinė medicinos pagalba buvo skirta ne lėtinės ligos simptomams iširti, o siekiant nustatyti ūmiai pasireiškusių negalavimų priežastis. Kadangi Gydymo įstaigos parengtų medicinos dokumentų duomenys negali pagrįsti, kad pareiškėja į šią Gydymo įstaigą kreipėsi dėl lėtinių ligų diagnostikos ir gydymo, darytina išvada, kad 2017 m. vasario 6 d. įvykis negali būti pripažintas nedraudžiamuoju įvykiu remiantis Taisyklių 46.1 ir 46.3 papunkčių sąlygomis.

Atkreiptinas dėmesys, kad draudimo teisiniuose santykiuose draudėjas pripažįstamas silpnesne sutarties šalimi, todėl draudėjo teisės ir interesai turi būti ginami prioritetiškai. Kadangi draudikas nesurinko ir Lietuvos bankui nepateikė įrodymų, patvirtinančių, kad pareiškėjai Gydymo įstaigoje atlikti diagnostiniai tyrimai ir suteikta stacionarinė medicinos pagalba nebuvo

skubūs ir neatidėliotini, remiantis Draudimo įstatymo 98 straipsnio 7 dalyje įtvirtinta įrodinėjimo naštos paskirstymo taisykle, darytina išvada, kad draudiko sprendimas atsisakyti mokėti draudimo išmoką, atlyginančią dėl 2017 m. vasario 6 d. pareiškėjai pasireiškusio sveikatos sutrikimo patirtas medicinos išlaidas, laikytinas nepagrįstu. Atsižvelgiant į tai, pareiškėjos reikalavimas išmokėti 23 293 Eur draudimo išmoką, atlyginančią pareiškėjos patirtas medicinos išlaidas, 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 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. Patenkinti A. O. reikalavimą ir rekomenduoti draudikui išmokėti pareiškėjai 23 293 Eur draudimo išmoką.

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

Direktorius

Mindaugas Šalčius