



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

SPRENDIMAS

DĖL R. T. IR AAS „BTA BALTIC INSURANCE COMPANY“ GINČO NAGRINĖJIMO

2018 m. spalio 3 d. Nr. 242-422

Vilnius

Lietuvos bankas gavo R. T. (toliau – pareiškėjas) atstovės D. T. (toliau – pareiškėjo atstovė) kreipimąsi, kuriuo prašoma išnagrinėti tarp pareiškėjo ir AAS „BTA Baltic Insurance Company“, veikiančios Lietuvoje per įsteigtą filialą, (toliau – draudikas) kilusį ginčą.

N u s t a t y t a:

Tarp pareiškėjo ir draudiko buvo sudaryta kelionių rizikų draudimo sutartis (draudimo liudijimo Nr. (*duomenys neskelbiami*)) (toliau – draudimo sutartis), kuria apdrausta medicinos išlaidų ir repatriacijos rizika, draudimo suma – 100 000 Eur, draudimas galioja nuo 2018 m. kovo 30 d. iki balandžio 6 d.

2018 m. balandžio 13 d. pareiškėjo atstovė draudikui pateikė prašymą atlyginti žalą, kuriame nurodė, kad 2018 m. balandžio 3 d. naktį, būdamas (*duomenys neskelbiami*), pareiškėjas pasijuto blogai: „išbėrė visą kūną ir smarkiai niežėjo“. Draudiko atstovė telefonu nurodė pareiškėjui pačiam išsikviesti gydytoją. Pareiškėjo prašymu viešbučio administratorės iškviestas gydytojas „apžiūrėjo ligonį ir konstatavo, kad tai alerginė reakcija. Suleido vaistų nuo alergijos ir išrašė receptus vaistams gerti ir tepalui tepti kūną. Kitą dieną nusipirkome vaistus ir gydėmės patys.“ Pareiškėjo atstovė pateikė gydytojo išduotą dokumentą, kuriame nurodyta diagnozė – „alerginė reakcija į Dacortin ir (neįskaitoma)“, gydytojo paslaugų kaina – 100 Eur.

Draudikas, vadovaudamasis draudimo sutarčiai taikomų Kelionės rizikų draudimo taisyklių Nr. 55 (toliau – Taisyklės) Specialiųjų sąlygų (toliau – Specialiosios sąlygos) 6.2.8 papunkčiu, 2018 m. balandžio 23 d. raštu atsisakė dėl 2018 m. balandžio 3 d. įvykio pareiškėjui mokėti draudimo išmoką, nurodydamas, kad pareiškėjui diagnozuota alergija priskirtina prie nedraudžiamųjų įvykių.

Pareiškėjas 2018 m. gegužės 9 d. draudikui pateikė prašymą persvarstyti priimtą sprendimą. Pareiškėjas prašyme pakartotinai nurodė, kad į viešbučio kambarį iškviestas gydytojas pareiškėjui diagnozavo alerginę reakciją. Taip pat pareiškėjas draudikui iškėlė klausimą: „Ar tai mažai įrodymų, kad viskas galėjo pasibaigti anafilaksiniu šoku? Juk jis pavojingas gyvybei. Pasekmės būtų buvusios daug skaudesnės ir žalos atlyginimas būtų žymiai didesnis.“

Draudikas 2018 m. gegužės 21 d. atsakyme pareiškėjui nurodė, kad pareiškėjo sveikatos sutrikimo pripažinti draudžiamuoju įvykiu neturi teisinio pagrindo, nes „anafilaksinis šokas, tai – ūmi, gyvybei pavojinga sisteminė organizmo reakcija į pakartotinai patekusį alergeną. Anafilaksijos diagnozė nustatoma, kai stebima dviejų ar daugiau organų sistemų pažeidimo požymiai. Ligoninėje nustatinėjamas Ig E, histamino kiekis kraujyje, atliekami odos jautrumo mėginiai. Anafilaksija yra liga, reikalaujanti skubaus diagnozavimo ir gydymo. Visi pacientai, kuriems išsivystė anafilaksija, turi būti gydomi ligoninėje ir jų būklė stebima ne mažiau kaip 24 valandas. Remiantis Jūsų pateiktais dokumentais Jums diagnozuota alerginė reakcija, skirtas gydymas priešalerginiais vaistais, tačiau jokių duomenų apie anafilaksinio šoko diagnozę nenurodyta.“

Pareiškėjo atstovė kreipėsi į Lietuvos banką, prašydama įpareigoti draudiką išmokėti pareiškėjui 100 Eur draudimo išmoką, atlyginančią patirtas medicinos išlaidas. Pareiškėjos atstovė nurodė, kad draudikas atsisakė mokėti draudimo išmoką, motyvuodamas tuo, kad gydytojo išraše netiksliai nurodyta diagnozė, nors būtent draudikas turėjo instrukuoti pareiškėją, kaip elgtis susirgus, kad nekiltų ginčų dėl išlaidų atlyginimo.

Draudikas atsiliepime į pareiškėjo atstovės kreipimąsi pabrėžė, kad pats pareiškėjas nurodė buvęs tik „arti“ anafilaksinio šoko būsenos, jam nustatyta alerginė reakcija, o ne anafilaksinis šokas, pareiškėjui medicinos pagalba suteikta viešbučio kambaryje, todėl nėra pagrindo pripažinti įvykio draudžiamuoju.

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 šalių ginčas kilo dėl draudiko sprendimo įvykį pripažinti nedraudžiamuoju pagrįstumo.

Lietuvos Respublikos civilinio kodekso (toliau – CK) 6.987 straipsnyje nustatyta, kad draudimo sutartimi viena šalis (draudikas) įsipareigoja už sutartyje nustatytą draudimo įmoką 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.

Svarbu pažymėti, kad tarp pareiškėjo ir draudiko sudaryta draudimo sutartis yra savanoriška, todėl draudikas tokio pobūdžio sutartyse gali savo nuožiūra pasiūlyti sąlygas, susijusias su teikiamos draudimo apsaugos apimtimi (Lietuvos Aukščiausiojo Teismo 2012 m. kovo 13 d. nutartis civilinėje byloje Nr. 3K-3-91/2012; 2009 m. birželio 15 d. nutartis civilinėje byloje Nr. 3K-3-32/2009; 2013 m. balandžio 19 d. nutartis civilinėje byloje Nr. 3K-3-215/2013).

Pareiga mokėti draudimo išmoką draudikui kyla tik tuomet, kai įvykio aplinkybės atitinka konkrečius draudimo sutartyje nurodytus draudžiamąjį įvykio požymius, o įvykiai neatitinka nedraudžiamųjų įvykių apibrėžimo.

Įvykio pripažinimo draudžiamuoju ir nedraudžiamuoju sąlygos yra nustatytos Taisyklėse. Pareiškėjas, pasirašydamas draudimo liudijime, patvirtino, kad buvo tinkamai supažindintas su Taisyklių sąlygomis, Taisyklės suprato ir gavo jų kopiją, pareiškėjas šių aplinkybių neginčija, todėl darytina išvada, kad draudimo sutarties sąlygos, tarp jų ir Taisyklėse įtvirtintos įvykio pripažinimo nedraudžiamuoju sąlygos, pareiškėjui yra privalomos ir turi būti taikomos.

Taisyklių Specialiųjų sąlygų 4.1 papunktyje nurodyta, kad medicinos išlaidų draudimo atveju draudimo objektas yra turtinis interesas, susijęs su sveikata ir gyvybe. Pagal Specialiųjų sąlygų 4.2 papunktį, medicinos išlaidų draudimo rizika – tai „medicinos išlaidų draudimo rizikai polise nurodytos draudimo sumos neviršijančios išlaidos, kurios patiriamos dėl suteiktų būtinosios medicinos pagalbos, medicininės evakuacijos ar repatriacijos paslaugų, nurodytų Taisyklių 5.1 papunktyje, ir kurios buvo būtinos dėl staigaus sunkaus susirgimo ar lėtinio susirgimo paūmėjimo ar nelaimingo atsitikimo ar mirties.“

Specialiųjų sąlygų 6.2.8 papunktyje nurodyta, kad medicinos išlaidos neapmokamos, jeigu jos susijusios su alergijomis, išskyrus būtinąją medicinos pagalbą anafilaksinio šoko atveju arba atvejus, kai alergija atsitinka vaikams iki 12 metų amžiaus. Specialiosiose sąlygose būtinoji medicinos pagalba apibrėžta kaip pirmoji skubi medicinos pagalba asmens sveikatos priežiūros įstaigose (ambulatorinėse ir stacionarinėse) dėl sveikatai pavojingos sveikatos būklės, kurios negalima atidėti iki to momento, kol medicinos pagalba bus suteikta gyvenamojoje šalyje.

Pažymėtina, kad pareiškėjo pateiktame gydytojo išduotame dokumente nurodyta diagnozė – alerginė reakcija. Aplinkybę, kad pareiškėją buvo ištikusi alergija, patvirtina tiek jis pats, tiek jo

atstovė. Gydytojo išduotame dokumente nėra nurodyta, kad pareiškėją būtų ištikęs anafilaksinis šokas, šios aplinkybės neteigia ir pats pareiškėjas, 2018 m. gegužės 9 d. rašte jis tik teigė, kad „viskas galėjo pasibaigti anafilaksiniu šoku“. Įvertinus ginčo šalių pateiktus duomenis, nėra pagrindo sutikti su pareiškėjo atstovės nurodyta aplinkybe, kad gydytojo išduotame dokumente nurodyta diagnozė buvo netiksli.

Atkreiptinas dėmesys į tai, kad Lietuvos bankui nėra pateikta įrodymų, kad draudikas būtų netinkamai instruktavęs pareiškėją ar jo atstovus, kaip elgtis susirgimo atveju, ir toks netinkamas informavimas būtų lėmęs draudiko sprendimą pripažinti įvykį nedraudžiamuoju.

Svarbi yra ir aplinkybė, kad net anafilaksinio šoko atveju atlyginamos tik būtinosios medicinos pagalbos išlaidos, o pagal Taisyklės tokia pagalba pripažįstamos tik sveikatos priežiūros įstaigoje suteiktos medicinos paslaugos. Šiuo atveju gydytojo paslaugos buvo suteiktos pareiškėjo viešbučio kambaryje, pareiškėjas toliau gydėsi gydytojo skirtais vaistais nuo alergijos, į sveikatos priežiūros įstaigas nesikreipė. Iš draudimo liudijime nurodytos pareiškėjo gimimo datos ((*duomenys neskelbiami*)) matyti, kad įvykio metu jis buvo vyresnis negu 12 metų amžiaus.

Taigi, apibendrinus Lietuvos banko nustatytas aplinkybes ir vadovaujantis Lietuvos bankui pateiktais įrodymais, darytina išvada, kad draudikas tinkamai pritaikė draudimo sutarties sąlygas ir pagrįstai pareiškėjo susirgimo nevertino kaip draudžiamą įvykį. Atsižvelgiant į tai, pareiškėjo reikalavimas įvykį pripažinti draudžiamuoju 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 R. T. reikalavimą.

Lietuvos banko sprendimas dėl ginčo esmės yra rekomendacinio pobūdžio ir teismui neskundžiamas. Vartotojui ir finansų rinkos dalyviui išlieka teisė dėl ginčo sprendimo kreiptis į teismą arba kitą ginčų nagrinėjimo instituciją įstatymų nustatyta tvarka. Kreipimasis į teismą po Lietuvos banko sprendimo dėl ginčo esmės priėmimo nelaikomas šio sprendimo apskundimu.

Direktorius

Mindaugas Šalčius