



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

**SPRENDIMAS
DĖL G. B. IR ERGO LIFE INSURANCE AS GINČO NAGRINĖJIMO**

2018 m. rugsėjo 19 d. Nr. 242-395
Vilnius

Lietuvos bankas gavo G. B. (toliau – pareiškėja) kreipimąsi, kuriuo pareiškėja prašė išnagrinėti tarp jos ir *ERGO Life Insurance SE* (toliau – draudikas) kilusį ginčą.

N u s t a t y t a:

Tarp draudiko ir banko *Luminor Bank AB* (toliau – Draudėjas) buvo sudaryta draudimo ligos atveju sutartis (draudimo liudijimo Nr. (*duomenys neskelbtini*)) (toliau – Draudimo sutartis), kuria pagal Draudimo sutarties Priede Nr. 1 pateiktą apdraustųjų sąrašą buvo apdrausti Draudėjo darbuotojų turiniai interesai, draudimo apsaugos laikotarpis nuo 2018 m. vasario 1 d. iki 2019 m. sausio 31 d.

Draudimo liudijime nurodyta, kad Draudimo sutarčiai yra taikomos Sveikatos draudimo taisyklės Nr. 010 (2016 m. lapkričio 1 d. redakcija) (toliau – Taisyklės), Susitarimo dėl sveikatos draudimo sąlygų Priedas Nr. 1 (toliau – Priedas Nr. 1), taip pat Susitarimo dėl sveikatos draudimo sąlygų Priedai Nr. 2 (toliau – Priedas Nr. 2) ir Nr. 3. Priedo Nr. 1 3.1 papunktyje nurodyta, kad draudimo objektas yra gydymo išlaidų bei sveikatingumo paslaugų apmokėjimas (iki draudimo liudijime nurodytos sumos) kiekvienam apdraustajam, įvykus draudžiamajam įvykiui, nurodytam Priede Nr. 2.

Pareiškėja 2018 m. birželio 25 d. užpildė draudiko parengtą Prašymo kompensuoti sveikatos draudimo išlaidas formą: nurodė, kad pagal Draudimo sutarties „ambulatorinis gydymas“ sąlygas yra prašoma išmokėti 160 Eur draudimo išmoką už UAB „Jeruzalės odontologijos klinika“ (toliau – Klinika) suteiktas „danties kanalų pergydymo“ paslaugas.

Draudikas pareiškėją raštu informavo apie priimtą sprendimą atsisakyti mokėti 160 Eur draudimo išmoką už odontologo suteiktas paslaugas. Draudikas paaiškino, kad „odontologinių paslaugų kompensavimas nenumatytas iš „ambulatorinio gydymo“.

Pareiškėja 2018 m. birželio 26 d. raštu draudikui pateikė pretenziją dėl priimto sprendimo, nurodydama, kad „2018 m. gegužės 22 d. 13 val. 20 min. su kolege rašėme jums užklausimą, kaip elgtis, jei skauda dantį, iš kokių pinigų galėtume pasidengti. 2018 m. gegužės 22 d. 16 val. 35 min. gavome atsakymą: jeigu kreipsitės pas gydytoją profilaktiškai, galite pažymėti profilaktinio patikrinimo limitą, bet jeigu kreipsitės dėl ūmios ligos ar lėtinės ligos sekimo bei paūmėjimo atvejais, pateikus gydytojo konsultacijos kopiją su nusiskundimais, diagnoze, galite teikti dokumentus dėl kompensavimo iš ambulatorinio gydymo limito.“ Pareiškėja nurodė, kad „reikėjo pergydyti tvarkyto danties kanalus (pradėjo rinktis pūliai po šaknimi)“, todėl, vadovaudamasi draudiko darbuotojos 2018 m. gegužės 22 d. pareiškėjos kolegei pateiktu atsakymu, kreipėsi į Kliniką ir buvo įsitikinusi, kad dėl Klinikoje suteiktų odontologijos paslaugų patirtas išlaidas atlyginanti draudimo išmoka pareiškėjai bus išmokėta pagal Draudimo sutarties sąlygas „ambulatorinis gydymas“.

Draudikas pateiktame atsakyme į pareiškėjos pretenziją nurodė, kad pareiškėjos kolegei adresuotame 2018 m. gegužės 22 d. rašte buvo pateikta informacija apie draudimo išmokos mokėjimo pagal Draudimo sutarties sąlygas „kitos medicininės paslaugos PLIUS“ nuostatų

taikymą. Draudikas pabrėžė, kad 2018 m. gegužės 22 d. raštas buvo adresuotas ne pareiškėjai, o kitam asmeniui. Draudiko teigimu, pagal pareiškėjai taikomas Draudimo sutarties sąlygas odontologinių paslaugų išlaidas atlyginanti draudimo išmoka negali būti mokama nei pagal Draudimo sutarties „profilaktinis sveikatos patikrinimas“, nei pagal „ambulatorinis gydymas“ nuostatas.

Pareiškėja, nesutikdama su draudiko pateiktame atsakyme nurodytomis aplinkybėmis, kreipimėsi į Lietuvos banką dėl vartojimo ginčo nagrinėjimo nurodė, kad draudikas, pateikdamas apdraustiesiems informaciją apie Draudimo sutarties sąlygas, pabrėžė, kad, iškilus papildomų klausimų, apdraustieji gali kreiptis į draudiką. Pareiškėja teigė, kad, „iškilus klausimui, kaip galima kompensuoti dantų gydymą“, ji kreipėsi į koleges, kurios taip pat yra apdraustosios pagal Draudimo sutartį, klausdama, ar „jos yra susidūrusios su tokia situacija“. Pareiškėja aiškino: „neradusios tikslaus atsakymo, nusprendėme parašyti ir konkrečiai paklausti. Kad nerašyti 10 laiškų su tuo pačiu klausimu, parašėme bendrą laišką su konkrečiu klausimu: labai skauda dantį, iš kokio draudimo galiu taisyti dantį? Bus reikalinga konsultacija, ar tai gali būti iš profilaktinio pinigų? Jei reikės gydymo, kaip tada?“ Pareiškėja nurodė, kad ji, remdamasi draudiko darbuotojos 2018 m. gegužės 22 d. pareiškėjos kolegei pateiktu atsakymu, turėjo pagrindą tikėtis, kad patirtas odontologijos paslaugų išlaidas atlyginanti draudimo išmoka jai bus išmokėta pagal Draudimo sutarties sąlygas „ambulatorinis gydymas“.

Pareiškėja pabrėžė, kad Draudikas apdraustiesiems pagal Draudimo sutartį pateikdamas skirtingą informaciją pareiškėją suklaidino. Remdamasi kreipimėsi į Lietuvos banką nurodytomis aplinkybėmis, pareiškėja Lietuvos banko prašė rekomenduoti draudikui išmokėti 160 Eur draudimo išmoką už odontologo suteiktas paslaugas.

Atsiliepime į pareiškėjos kreipimąsi draudikas nurodė, kad pareiškėja buvo apdrausta pagal Priede Nr. 2 nurodytą „variantą II“. Remiantis „varianto II“ sąlygomis, odontologijos paslaugų išlaidas atlyginanti draudimo išmoka yra mokama pagal Draudimo sutarties sąlygas „dantų gydymas, burnos higiena, protezavimas“. Pareiškėja pagal šias sąlygas buvo apdrausta 240 Eur draudimo suma. Draudikas informavo, kad iki 2018 m. birželio 25 d., kurią buvo pateiktas prašymas išmokėti 160 Eur draudimo išmoką, pagal Draudimo sutarties sąlygas „dantų gydymas, burnos higiena, protezavimas“ pareiškėjai buvo išmokėta 225,46 Eur draudimo išmoka. Atsižvelgdamas į tai, draudikas nurodė, kad „apdraustosios odontologinių paslaugų limito likutis 2018 m. birželio 25 dienai buvo 14,54 Eur“.

Draudikas pabrėžė, kad pareiškėja nepagrįstai vadovaujasi jos kolegei pateiktu atsakymu į paklausimą, nes jame buvo pateikti paaiškinimai ne apie pareiškėjai, o apie pareiškėjos kolegei taikomas Draudimo sutarties sąlygas. Draudikas teigė, kad Draudimo sutartimi apdraustiesiems taikomos Draudimo sutarties sąlygos skiriasi ir kad pareiškėjai, skirtingai nei jos kolegei, nėra taikomos draudimo išmokos mokėjimo pagal Draudimo sutarties sąlygas „kitos medicininės paslaugos PLIUS“ nuostatos.

Draudikas pabrėžė, kad pareiškėjai buvo žinomos draudimo išmokos, atlyginančios odontologijos paslaugų išlaidas, mokėjimo sąlygos, nes pareiškėja yra du kartus kreipusis į draudiką, prašydama išmokėti draudimo išmoką dėl jai suteiktų odontologijos paslaugų. Siekdamas pagrįsti nurodytas aplinkybes, draudikas Lietuvos bankui pateikė pareiškėjai suteiktų paslaugų ataskaitos išrašus. 2018 m. kovo 15 d. Išrašo apie suteiktų paslaugų ataskaitą duomenimis, gydymo įstaigai už pareiškėjai suteiktas odontologines paslaugas buvo pervesta 215,46 Eur draudimo išmoka. 2018 m. rugsėjo 5 d. parengtos Paslaugų ataskaitos duomenys patvirtina, kad draudikas 2018 m. gegužės 30 d. išmokėjo 10 Eur draudimo išmoką už „viengubą dentalinę rentgenogramą“.

Taisyklių 4.2.2 r papunktyje nustatyta, kad draudikas nemoka draudimo išmokos už suteiktas priežiūros paslaugas, gydymą ir (arba) kitas paslaugas, sveikatos priežiūros paslaugas, nenumatytas draudimo sutartyje. Taisyklių 4.2.2 s papunktyje nustatyta, kad draudimo išmoka taip pat nemokama, jei apdraustasis viršijo draudimo sutartyje numatyto draudimo varianto draudimo sumų limitus sveikatos priežiūros paslaugai. Draudikas, remdamasis atsiliepime į

pareiškėjos kreipimąsi nurodytomis aplinkybėmis ir vadovaudamasis Taisyklių 4.2.2 r ir s papunkčių nuostatomis, nurodė priėmęs pagrįstą sprendimą pagal Draudimo sutarties sąlygas „ambulatorinis gydymas“ atsisakyti mokėti odontologijos paslaugų išlaidas atlyginančią 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. Nagrinėdamas ginčą Lietuvos bankas atlieka pateiktų įrodymų vertinimą ir jo pagrindu priimamas sprendimas.

Atsižvelgiant į ginčo šalių pateiktus dokumentus ir paaiškinimus, darytina išvada, kad šalių ginčas kilo dėl draudiko sprendimo nemokėti 160 Eur draudimo išmokos už Klinikoje pareiškėjai suteiktas odontologijos paslaugas.

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 (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*.

Svarbu pažymėti, kad 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. 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 – atvejus, kada mokama draudimo išmoka, ir atvejus, kada draudikas yra atleidžiamas nuo pareigos mokėti draudimo išmoką (Lietuvos Aukščiausiojo Teismo Civilinių bylų skyriaus teisėjų kolegijos 2012 m. kovo 13 d. nutartis, priimta civilinėje byloje Nr. 3K-3-91/2012; 2009 m. birželio 15 d. nutartis, priimta civilinėje byloje Nr. 3K-3-32/2009; 2013 m. balandžio 19 d. nutartis, priimta civilinėje byloje Nr. 3K-3-215/2013).

Draudimo apsauga nustatoma tiek draudiko parengtose draudimo rūšies taisyklėse (standartinėse Draudimo sutarties sąlygose), tiek draudimo liudijime aptartose individualiosiose sąlygose. Draudimo taisyklėse nustatomi atvejai, kurie laikytini draudžiamaisiais įvykiais, taip pat kurie tokiais nelaikytini. Taigi draudiko prievolės išmokėti draudimo išmoką pagal įstatymuose nustatytą teisinį reglamentavimą ir draudimo sutartį atsiradimas siejamas su draudžiamąjo įvykio fakto nustatymu (CK 6.987 straipsnis) (Lietuvos Aukščiausiojo Teismo Civilinių bylų skyriaus teisėjų kolegijos 2012-03-13 nutartis, priimta civilinėje byloje Nr. 3K-3-91/2012; 2009-06-15 nutartis, priimta civilinėje byloje Nr. 3K-3-257/2009; 2009-02-09 nutartis, priimta civilinėje byloje Nr. 3K-3-32/2009; 2013-04-19 nutartis, priimta civilinėje byloje Nr. 3K-3-215/2013). Todėl, remiantis teisės aktų nuostatomis ir vadovaujantis kasacinio teismo formuojama teisės aiškinimo ir taikymo praktika, pažymėtina, kad draudikui kyla pareiga mokėti draudimo išmoką tik dėl tų nelaimingo atsitikimo padarinių, kurie Draudimo sutartyje yra nurodyti kaip draudžiamieji įvykiai.

Pažymėtina, kad, sudarant sutartį prisijungimo būdu, standartinės sutarties sąlygos yra privalomos kitai šaliai tik tuo atveju, jeigu standartinės sutarties sąlygas parengusi šalis tinkamai jas atskleidė, t. y. sudarė protingą galimybę kitai šaliai susipažinti su standartinėmis sąlygomis ir sutarties šalis aiškiai išreiškė savo sutikimą su sutarties sąlygomis (CK 6.185 straipsnio 2 dalis ir 6.186 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 Aukščiausiasis Teismas teisės aiškinimo ir taikymo praktikoje konstatavo, kad nurodytu teisiniu reguliavimu draudikui nustatyta pareiga sudarant sutartį informuoti kitą

draudimo sutarties šalį – draudėją, o ne pareiga informuoti trečiąjį asmenį, kurio naudai sudaryta draudimo sutartis (apdraustąjį), kad šis galėtų apsispręsti dėl sutarties sudarymo (Lietuvos Aukščiausiojo Teismo Civilinių bylų skyriaus teisėjų kolegijos 2018 m. vasario 7 d. nutartis, priimta civilinėje byloje Nr. e3K-3-9-695/2018).

Pažymėtina, kad šalių ginčo dėl pareiškėjos supažindinimo su standartinėmis (draudimo taisyklėmis) ir individualiomis Draudimo sutarties sąlygomis nėra. Pareiškėja reikalavimą mokėti odontologijos paslaugų išlaidas atlyginančią draudimo išmoką kelia Draudimo sutarties sąlygų pagrindu. Be to, Lietuvos bankui pateikti įrodymai patvirtina, kad dėl draudžiamąjį įvykių „dantų gydymas, burnos higiena, protezavimas“ pareiškėja, remdamasi Draudimo sutarties sąlygomis, į draudiką kreipėsi ne vieną kartą. Atsižvelgiant į tai, darytina išvada, kad Draudimo sutarties sąlygos, įtvirtinančios draudimo išmokos mokėjimo nuostatas, pareiškėjai buvo žinomos.

Dėl, pareiškėjos manymu, draudiko darbuotojos pareiškėjai suteiktos klaidinančios informacijos

Svarbu pažymėti, kad, nors pareiškėja neginčijo Draudimo sutarties sąlygų privalomumo, tačiau savo reikalavimą išmokėti odontologijos paslaugas atlyginančią draudimo išmoką grindžia aplinkybėmis, kad draudiko darbuotojos 2018 m. gegužės 22 d. pareiškėjos kolegei adresuotu raštu buvo suklaidinta dėl šias išlaidas atlyginančios draudimo išmokos mokėjimo pagal Draudimo sutarties sąlygas „ambulatorinis gydymas“. Pareiškėjos teigimu, pareiškėjos kolegė ne tik savo, bet ir kitų (įskaitant ir pareiškėją) apdraustųjų pagal Draudimo sutartį vardu draudiko prašė pateikti paaiškinimus apie draudimo išmokos, atlyginančios odontologijos paslaugų išlaidas, mokėjimo sąlygas.

Vertinant pareiškėjos nurodytas aplinkybes, svarbu pažymėti, kad draudikas, siekdamas pagrįsti, jog Draudimo sutartimi apdraustiesiems taikomos Draudimo sutarties sąlygos skiriasi ir kad pareiškėja, skirtingai nei jos kolegė, nebuvo apdrausta Draudimo sutarties sąlygomis „kitos medicininės paslaugos PLIUS“, Lietuvos bankui pateikė draudiko darbuotojos 2018 m. gegužės 22 d. elektroninio susirašinėjimo su pareiškėjos kolege duomenis. Draudiko Lietuvos bankui pateiktais duomenimis, pareiškėjos kolegė 2018 m. gegužės 22 d. 13 val. 20 min. draudiko Žalų dokumentų registravimo sistemos elektroninio pašto adresu išsiuntė elektroninį laišką, kuriame nurodė: „turiu draudimą Ambulatorinis 1 500 Eur, Profilaktinis – 140 Eur, Laisvas limitas – 220 Eur. Labai skauda dantį, iš kokio draudimo galiu taisyti dantį? Bus reikalinga konsultacija, ar tai gali būti iš profilaktinio pinigų? Jei reikės gydymo, kaip tada?“ Draudiko darbuotoja, atsakydama į pareiškėjos kolegės paklausimą, pateikė atsakymą, kuris buvo nurodytas pareiškėjos pretenzijoje draudikui ir kuriame pažymima, kad „iš laisvo limito apmokamos odontologinės paslaugos: dantų gydymas, burnos higiena, kapos (gydomosios, balinamosios, nuo bruksizmo), protezavimas, implantavimas, odontologinis gydymas, dantų balinimas, estetiškas plombavimas“, taip pat, atsižvelgiant į pareiškėjos kolegės pateiktus duomenis apie danties skausmą, buvo nurodyti draudimo išmokos mokėjimo atvejai pagal Draudimo sutarties sąlygas „profilaktinis sveikatos patikrinimas“ ir „ambulatorinis gydymas“.

Remiantis Lietuvos bankui pateiktais įrodymais, taip pat nustatyta, kad pareiškėjos kolegė vėliau elektroniniu laišku taip pat kreipėsi į draudiką, nurodydama, kad dėl danties skausmo kreipėsi į odontologijos kliniką ir kad jai odontologijos klinikoje buvo suteiktos odontologijos paslaugos. Įvertinus draudiko pateiktus pareiškėjos kolegės ir draudiko darbuotojos elektroninio susirašinėjimo duomenis, darytina išvada, kad jie negali pagrįsti pareiškėjos argumentų, kad pareiškėjos kolegė pareiškėjos ir kitų apdraustųjų pagal Draudimo sutartį vardu draudiko paprašė pateikti paaiškinimus apie draudimo išmokos, atlyginančios odontologijos paslaugų išlaidas, mokėjimo sąlygas. Iš pareiškėjos kolegės ir draudiko darbuotojos elektroninio susirašinėjimo nustatyta, kad pareiškėjos kolegė draudiko Žalų dokumentų registravimo sistemos elektroninio pašto adresu kreipėsi prašydama suteikti informaciją apie išlaidas, susijusias su pareiškėjos kolegės juntamu danties skausmu, atlyginančios draudimo išmokos mokėjimo sąlygas (t. y. prašė suteikti ne bendro pobūdžio informaciją apie odontologijos paslaugų išlaidas atlyginančios

draudimo išmokos mokėjimo nuostatas, o prašė pateikti duomenis apie draudimo išmokos mokėjimą, įvykus draudžiamajam įvykiui, – dėl pareiškėjos kolegės dantų skausmo suteiktoms odontologijos paslaugoms ir patirtoms šių paslaugų išlaidoms).

Lietuvos bankui pateikti įrodymai taip pat negali pagrįsti pareiškėjos nurodytų aplinkybių, kad pareiškėjos kolegės kreipimasi į draudiką lėmė pareiškėjos juntamas danties skausmas, nes Klinikos išrašo duomenys patvirtina, kad pareiškėjai odontologijos paslaugos buvo suteiktos 2018 m. birželio 22 d., o pareiškėjos kolegė dėl informacijos, susijusios su jos juntamu danties skausmu, į draudiką kreipėsi mėnesiu anksčiau – 2018 m. gegužės 22 d. Todėl, remiantis Lietuvos banko nustatytais aplinkybėmis, darytina išvada, kad pareiškėjos teiginiai, jog ji su kolegomis 2018 m. gegužės 22 d. bendru laišku kreipėsi į draudiką, prašydama suteikti informaciją apie draudimo išmokos mokėjimo danties skausmo atveju sąlygas, ir kad bendrą apdraustųjų kreipimasi į draudiką sąlygojo pareiškėjos juntamas danties skausmas, prieštarauja Lietuvos bankui pateiktiems rašytiniams įrodymams. Atsižvelgiant į tai, pažymėtina, kad pareiškėjos nurodytos aplinkybės dėl draudiko darbuotojos 2018 m. gegužės 22 d. elektroniniu laišku suteiktos klaidinančios informacijos apie pareiškėjai taikomą Draudimo sutartimi teikiamą draudimo apsaugą yra nepagrįstos.

Vertinant draudiko nurodytas aplinkybes, kad pareiškėjai ir jos kolegei taikomos draudžiamųjų įvykių sąlygos skiriasi, pažymėtina, kad Lietuvos bankui draudiko pateikto Priedo Nr. 1 išrašo duomenys, patvirtina, kad pareiškėjai yra taikomas Priede Nr. 2 nurodytas „variantas II“. Remiantis Lietuvos bankui draudiko pateiktais įrodymais – Išrašo iš Draudėjo darbuotojų sveikatos draudimo užsakymo duomenimis, nustatyta, kad aplinkybės, jog pareiškėja buvo apdrausta „variantu II“, pareiškėjai buvo žinomos. Priede Nr. 2 nurodyta, kad, draudimo sutarties šalims susitarus dėl „varianto II“ apdraustiesiems taikymo, 1 500 Eur neviršijanti draudimo išmoka bus mokama, įvykus draudžiamiesiems įvykiams „ambulatorinis gydymas“ („Grupės Plus“) ir „stacionarinis gydymas valstybinėse gydymo įstaigose“. Taip pat pagal „varianto II“ sąlygas apdraustiesiems bus išmokama 140 Eur maksimali draudimo išmoka, įvykus draudžiamajam įvykiui „profilaktinis sveikatos patikrinimas“, ir 240 Eur maksimali draudimo išmoka, įvykus draudžiamajam įvykiui „dantų gydymas, burnos higiena, protezavimas“.

Kaip minėta, pareiškėjos kolegė 2018 m. gegužės 22 d. 13 val. 20 min. draudiko Žalų dokumentų registravimo sistemos elektroninio pašto adresu išsiųstame elektroniniame laiške nurodė, kad jai, kaip apdraustajai pagal Draudimo sutartį, yra taikomos Draudimo sutarties sąlygos „ambulatorinis gydymas“ (maksimali draudimo suma, įvykus draudžiamajam įvykiui, yra 1 500 Eur), „profilaktinis gydymas“ (maksimali draudimo suma, įvykus draudžiamajam įvykiui, yra 140 Eur) ir Draudimo sutarties sąlygos „Laisvas limitas“ (maksimali draudimo suma, įvykus draudžiamajam įvykiui, yra 220 Eur).

Remiantis Priedo Nr. 2 nuostatomis, pažymėtina, kad 1 500 Eur draudimo suma draudžiamąjį įvykių „ambulatorinis gydymas“ atveju, 140 Eur draudimo suma draudžiamąjį įvykių „profilaktinis gydymas“ atveju ir 220 Eur draudimo suma draudžiamąjį įvykių „kitos medicininės paslaugos PLIUS“ atveju yra taikoma, jei apdraustasis pagal Draudimo sutartį yra apdraustas „variantu VI“. Iš Lietuvos bankui pateiktų faktinių duomenų matyti kad apdraustieji pagal Draudimo sutartį buvo draudžiami skirtingais draudimo variantais ir kad pareiškėjai bei jos kolegei yra taikomos skirtingų draudimo variantų draudimo sąlygos.

Atsižvelgiant į tai ir remiantis Lietuvos bankui pateiktų įrodymų visuma, darytina išvada, kad pareiškėjos kolegei 2018 m. gegužės 22 d. elektroniniu laišku draudiko darbuotojos pateikti paaiškinimai dėl odontologijos paslaugų išlaidas atlyginančios draudimo išmokos mokėjimo pagal Draudimo sutarties sąlygas „kitos medicininės paslaugos PLIUS“ negali būti taikomi vertinant pareiškėjos reikalavimą išmokėti patirtas 160 Eur išlaidas atlyginančią draudimo išmoką. Pareiškėjos pateikto reikalavimo pagrįstumas yra vertintinas pagal pareiškėjai taikomas Draudimo sutarties sąlygas: pareiškėjai draudimo apsauga dėl patirtų odontologijos paslaugų išlaidų yra teikiama pagal Draudimo sutarties sąlygas „dantų gydymas, burnos higiena ir protezavimas“.

Dėl Draudimo sutarties sąlygų, įvykus draudžiamajam įvykiui, taikymo

Taisyklių 3 punkte numatyta, kad, pagal apdraustajam taikomas Draudimo sutarties sąlygas „dantų gydymas, burnos higiena ir protezavimas“, draudikas įsipareigojo mokėti draudimo išmoką už šias dantų gydymo ir burnos higienos paslaugas: gydytojo odontologo, odontologo specialisto ir burnos higienisto konsultacijos, dantų konkrementų pašalinimo, apnašų nuvalymo, fluoro aplikacijos, edintologinio, periodontinio, terapinio bei chirurginio danties ligų gydymo, neįautros, rentgenologinio tyrimo. Taisyklių 3.2 papunktyje nurodyta, kad draudikas apdraustajam įsipareigojo išmokėti ir dantų protezavimo paslaugų išlaidas atlyginančią draudimo išmoką, ir nustatyta, kad „draudikas neapmoka dantų balinimo, laminavimo (veneringo), dantų padengimo silantais, kapų (gydomųjų, balinamųjų, nuo bruksizmo, trenerių)“.

Pagal Taisyklių 4.2.2 s papunktį, draudikas nemoka draudimo išmokos, jei apdraustasis viršijo draudimo sutartyje numatyto draudimo varianto draudimo sumų limitus sveikatos priežiūros paslaugai. Lietuvos bankui draudiko pateiktų išrašų apie pagal Draudimo sutarties sąlygas „dantų gydymas, burnos higiena ir protezavimas“ išmokėtas draudimo išmokas duomenys patvirtina, kad draudiko išmokėtos draudimo išmokos sudaro 225,46 Eur. Kaip minėta, Priede Nr. 2 išdėstytose „varianto II“ sąlygose numatyta, kad draudimo suma, sutarties šalims susitarus dėl Draudimo sutarties sąlygų „dantų gydymas, burnos higiena ir protezavimas“ taikymo, yra lygi 240 Eur.

Lietuvos bankui pateikti įrodymai patvirtina, kad draudikas sprendimą atsisakyti pareiškėjai išmokėti draudimo išmoką, atlyginančią Klinikoje pareiškėjai suteiktų odontologijos paslaugų išlaidas, priėmė atsižvelgdamas į tai, kad minėta draudimo išmoka negali būti mokama pagal Draudimo sutarties sąlygas „ambulatorinis gydymas“. Nors, remiantis Lietuvos bankui pateiktais įrodymais ir vadovaujantis pareiškėjai taikomomis Draudimo sutarties sąlygomis, nustatyta, kad draudikas pagrįstai odontologijos paslaugų išlaidas atlyginančios draudimo išmokos nemoka pagal Draudimo sutarties sąlygas „ambulatorinis gydymas“, tačiau draudikas, gavęs pareiškėjos prašymą išmokėti odontologijos paslaugų išlaidas atlyginančią draudimo išmoką, nepagrįstai nevertino, ar pagal pateiktą prašymą draudimo išmokos dalis gali būti mokama pagal pareiškėjai taikomas draudžiamąjį įvykių sąlygas „dantų gydymas, burnos higiena, protezavimas“. Lietuvos bankui draudiko pateikti paaiškinimai ir įrodymai patvirtina, kad pagal nurodytas draudžiamąjį įvykių sąlygas yra išmokėta ne visa 240 Eur draudimo suma, o tik 225,46 Eur. Atsižvelgiant į tai, darytina išvada, kad draudikas priėmė nepagrįstą sprendimą dėl pareiškėjai suteiktų odontologijos paslaugų visiškai nemokėti draudimo išmokos, nes nevertino, ar pagal draudžiamąjį įvykių „dantų gydymas, burnos higiena, protezavimas“ sąlygas negali būti išmokėta reikalaujamos draudimo išmokos dalis. Kadangi įvykęs draudžiamasis įvykis – pareiškėjos patirtos išlaidos už Klinikoje suteiktas odontologijos paslaugas – atitinka draudžiamąjį įvykių „dantų gydymas, burnos higiena, protezavimas“ sąlygas, draudikui kyla pareiga pareiškėjai išmokėti pagal Draudimo sutartį likusią nepanaudotą 14,54 Eur draudžiamąjį įvykių „dantų gydymas, burnos higiena, protezavimas“ sumą.

Remdamasis tuo, kas išdėstyta, ir vadovaudamasis Lietuvos Respublikos vartotojų teisių apsaugos įstatymo 27 straipsnio 1 dalies 2 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 59.2 papunkčiu, n u s p r e n d ž i u:

1. Iš dalies tenkinti pareiškėjos G. B. reikalavimą ir rekomenduoti draudikui išmokėti pareiškėjai likusią nepanaudotą 14,54 Eur dėl draudžiamąjį įvykių „dantų gydymas, burnos higiena, protezavimas“ mokėtiną sumą.

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