LIETUVOS BANKO TEISĖS IR LICENCIJAVIMO DEPARTAMENTO DIREKTORIUS

SPRENDIMAS DĖL X. X. IR *BALCIA INSURANCE SE* GINČO NAGRINĖJIMO

2025-05-05 Nr. 429-90
Vilnius

Lietuvos bankas gavo X. X. (toliau – pareiškėjas) kreipimąsi, kuriuo pareiškėjas prašė išnagrinėti tarp jo ir *Balcia Insurance SE*, veikiančios Lietuvoje per įsteigtą filialą, (toliau – draudikas) kilusį ginčą.

N u s t a t y t a:

2023 m. rugsėjo 14 d. – 2024 m. rugsėjo 13 d. draudimo laikotarpiui tarp pareiškėjo ir draudiko buvo sudaryta Nelaimingų atsitikimų draudimo sutartis (*duomenys neskelbtini*). Draudimo sutartis sudaryta Nelaimingų atsitikimų draudimo taisyklių Nr. LT-004.04[1] pagrindu (toliau – Nelaimingų atsitikimų draudimo taisyklės). 2023 m. lapkričio 23 d. – 2024 m. lapkričio 22 d. draudimo laikotarpiui buvo sudaryta Erkių platinamų ligų draudimo sutartis Nr. (*duomenys neskelbtini*). Minėta draudimo sutartis buvo sudaryta Erkių platinamų ligų draudimo taisyklių Nr. LT010.01[2] (toliau - Erkių platinamų ligų draudimo taisyklės) pagrindu.

2023 m. gruodžio 20 d. – 2024 m. gruodžio 19 d. draudimo laikotarpiui buvo sudaryta Extreme nelaimingų atsitikimų draudimo sutartis Nr. (*duomenys neskelbtini*). Minėta draudimo sutartis buvo sudaryta Extreme nelaimingų atsitikimų draudimo taisyklių Nr. LT-016.01[3] (toliau - Extreme nelaimingų atsitikimų draudimo taisyklės) pagrindu. Pagal minėtas draudimo taisykles taip pat buvo sudaryta ir draudimo sutartis Nr. (*duomenys neskelbtini*), kurios draudimo laikotarpis nuo 2023 m. gruodžio 20 d. iki 2024 m. gruodžio 19 d., draudimo sutartis Nr. (*duomenys neskelbtini*), sudaryta 2023 m. gruodžio 20 d. – 2024 m. gruodžio 19 d. draudimo laikotarpiui, draudimo sutartis Nr. (*duomenys neskelbtini*), sudaryta 2023 m. gruodžio 20 d. – 2024 m. gruodžio 19 d. draudimo laikotarpiui, draudimo sutartis Nr. (*duomenys neskelbtini*), sudaryta 2023 m. gruodžio 20 d. – 2024 m. gruodžio 19 d. draudimo laikotarpiui, draudimo sutartis Nr. (*duomenys neskelbtini*), sudaryta 2024 m. – sausio 20 d. – 2025 m. sausio 19 d. draudimo laikotarpiui.

Pareiškėjas draudikui 2024 m. birželio 27 d. pateikė pranešimą apie įvykį, kuriame nurodė, kad jis 2024 m. birželio 11 d. (*duomenys neskelbtini*). Pareiškėjo teigimu, „Šeimos gydytoja parašė siuntimą pas gydytoją (*duomenys neskelbtini*). Gydytojas (*duomenys neskelbtini*) diagnozavo (*duomenys neskelbtini*) ir paskyrė gydymą vaistais“ (toliau – Įvykis).

Draudikas, vadovaudamasis Erkių platinamų ligų draudimo sutarties sąlygomis, užregistravo (*duomenys neskelbtini*) žalos bylą ir 2024 m. liepos 3 d. pareiškėjui išmokėjo 600 Eur draudimo išmoką. Po draudimo išmokos išmokėjimo laikotarpiu nuo 2024 m. liepos 3 d. iki liepos 4 d. pareiškėjas draudikui papildomai pateikė 8 (aštuonis) prašymus dėl Įvykio mokėti draudimo išmoką pagal kitas draudimo sutartis, kuriomis teikiamos draudimo apsaugos dėl (*duomenys neskelbtini*) laikotarpiai patenka į pareiškėjo nurodyto Įvykio terminą.

Draudikas atsisakė tenkinti pareiškėjo reikalavimą mokėti draudimo išmokas pagal kitas draudimo sutartis. Draudikas nurodė, kad 600 Eur draudimo išmoka pareiškėjui buvo išmokėta per klaidą, nepagrįstai priėmus sprendimą Įvykį pripažinti draudžiamuoju. Draudikas nurodė, kad draudimo išmoka buvo išmokėta pagal Erkių platinamų ligų draudimo sutartį, tačiau jos

[1] 2021 m. gegužės 24 d. draudimo taisyklių redakcija.
[2] 2022 m. kovo 5 d. draudimo taisyklių redakcija.
[3] 2023 m. vasario 10 d. draudimo taisyklių redakcija.

išmokėjimas prieštaravo draudimo sutarties sąlygoms. Draudikas pabrėžė, kad jis prisiima padarytos klaidos neigiamas pasekmes ir nereikalauja, kad pareiškėjas grąžintų be teisinio pagrindo išmokėtą draudimo išmoką.

Pareiškėjas, nesutikdamas su draudiko sprendimu, draudikui pateiktoje pretenzijoje ir kreipimesi į Lietuvos banką nurodė, kad (*duomenys neskelbtini*) atlikus (*duomenys neskelbtini*) tyrimus ir šią diagnozę nustatė šeimos gydytoja. Taip pat, pareiškėjo teigimu, (*duomenys neskelbtini*) diagnozę patvirtino du (*duomenys neskelbtini*) gydytojai. Pareiškėjas reikalavimą mokėti draudimo išmoką dėl, pareiškėjo teigimu, 2024 m. birželio 11 d. (*duomenys neskelbtini*) jam diagnozuotos (*duomenys neskelbtini*) taip pat grindė (*duomenys neskelbtini*) gydytojo, remiantis nustatytais susirgimo (*duomenys neskelbtini*) požymiais, jam skirto (*duomenys neskelbtini*) gydymo aplinkybėmis.

Draudikas pateiktame atsiliepime į pareiškėjo kreipimąsi nurodė, kad „pareiškėjas yra (*duomenys neskelbtini*), kurio darbo pobūdis reikalauja nuolat būti aplinkoje, kurioje kyla itin didelė (*duomenys neskelbtini*) tikimybė. Pareiškėjas, žinodamas, kad dėl jo darbo specifikos kyla padidinta rizika susirgti (*duomenys neskelbtini*), iš viso sudarė 9 (devynias) draudimo sutartis, suteikiančias draudimo apsaugą nuo nelaimingų atsitikimų".

Draudikas nurodė, kad sutampančiam draudimo laikotarpiui 6 (šešios) draudimo sutartys buvo sudarytos, pareiškėjui, naudojantis „Balcia mobiliąja programėle", kai „programėlėje buvo įsivėlusi techninė klaida". Draudikas nurodė, kad jis siūlė pareiškėjui nutraukti sutampantiems draudimo laikotarpiams sudarytas draudimo sutartis, grąžinant visą pareiškėjo sumokėtų draudimo įmokų sumą ir paliekant galioti vieną draudimo sutartį, tačiau su tokiu pasiūlymu pareiškėjas nesutiko. Draudiko vertinimu, minėtos aplinkybės patvirtina, kad pareiškėjas sąmoningai norėjo turėti draudimo apsaugą nuo realiai tikėtino draudžiamojo įvykio pagal ne vieną draudimo sutartį.

Draudikas pabrėžė, kad Įvykio metu draudikui pateiktų medicinos dokumentų duomenys patvirtino aplinkybes dėl pareiškėjo dažnų užsikrėtimų (*duomenys neskelbtini*). Be to, draudikas pagal ankstesniais draudimo laikotarpiais galiojusias draudimo sutartis pareiškėjui dėl (*duomenys neskelbtini*) buvo išmokėjęs dvi draudimo išmokas. Draudikas nurodė, kad, skirtingai nei pareiškėjo nurodyto Įvykio atveju, išmokėtų draudimo išmokų atvejais draudikui nekilo abejonių, kad pareiškėjas buvo užsikrėtęs (*duomenys neskelbtini*), kadangi abejais atvejais (*duomenys neskelbtini*) diagnozę patvirtino ne tik pareiškėjo jaučiami simptomai ir sveikatos būklė, būdinga susirgimui (*duomenys neskelbtini*), tačiau ir pareiškėjui atliktų kraujo tyrimų duomenys.

Draudikas taip pat pabrėžė, kad 2023 m. spalio 21 d. įvykio, dėl kurio pagal ankstesniu draudimo laikotarpiu galiojusią draudimo sutartį pareiškėjui buvo išmokėta draudimo išmoka, atveju (*duomenys neskelbtini*) asmens sveikatos priežiūros įstaigoje. Tačiau Įvykio atveju draudikui pateikti duomenys negali vienareikšmiškai patvirtinti pareiškėjo nurodyto 2024 m. birželio 11 d. (*duomenys neskelbtini*)[4].

Remdamasis nurodytomis aplinkybėmis, draudikas pabrėžė, kad jis neturi pagrindo tenkinti pareiškėjo reikalavimo mokėti draudimo išmoką dėl (*duomenys neskelbtini*) pagal pareiškėjo nurodytu Įvykio laikotarpiu galiojusias draudimo sutartis. Draudikas pabrėžė, kad klaidingas 600 Eur draudimo išmokos pareiškėjui išmokėjimas negali būti pripažįstamas pagrindu tenkinti pareiškėjo reikalavimo mokėti draudimo išmokas pagal visas ginčo nagrinėjimui aktualias draudimo sutartis.

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 44 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.

[4] T. y. draudikui nebuvo pateikta įrodymų, kad pareiškėjo nurodyta 2024 m. birželio 11 d. galimai (*duomenys neskelbtini*), taip pat kad kiti medicinos duomenys negalėjo pagrįsti pareiškėjo nurodytų aplinkybių dėl *(duomenys neskelbtini)*.

Atsižvelgiant į ginčo šalių nurodytas aplinkybes ir pateiktus įrodymus, darytina išvada, kad šalių ginčas kyla dėl pareiškėjo draudikui keliamo reikalavimo išmokėti draudimo išmokas dėl (*duomenys neskelbtini*) pagal pareiškėjo nurodytu Įvykio laikotarpiu galiojusias draudimo sutartis pagrįstumo.

Siekiant išnagrinėti tarp pareiškėjo ir draudiko kilusį ginčą, būtina įvertinti, ar draudikas tinkamai pritaikė draudimo sutarčių sąlygas ir ar pagrįstai atsisakė pagal minėtas sąlygas mokėti draudimo išmokas dėl pareiškėjo nurodyto Įvykio.

Lietuvos Respublikos civilinio kodekso (toliau – CK) 6.189 straipsnio 1 dalyje nustatyta, kad teisėtai sudaryta ir galiojanti sutartis jos šalims turi įstatymo galią. CK 6.156 straipsnio 1 dalyje įtvirtintas sutarčių laisvės principas: šalys turi teisę laisvai sudaryti sutartis ir savo nuožiūra nustatyti tarpusavio teises bei pareigas, jei tai neprieštarauja įstatymams.

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. Nuo pasirinktos draudimo apsaugos 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[5].

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 draudžiamojo įvykio fakto nustatymu (CK 6.987 straipsnis)[6].

Pareiškėjas, draudikui keldamas reikalavimą mokėti draudimo išmokas pagal visas ginčo nagrinėjimui aktualias draudimo sutartis, rėmėsi Erkių platinamų ligų draudimo, Nelaimingų atsitikimų draudimo ir Extreme nelaimingų atsitikimų draudimo taisyklių sąlygomis.

Erkių platinamų ligų draudimo taisyklių 1.1 papunktis nustato, kad draudžiamuoju įvykiu pagal šias draudimo taisykles pripažintini atvejai, kai apdraustajam draudimo apsaugos galiojimo metu įsisiurbė užkrėsta erkė ir jis dėl to susirgo erkiniu encefalitu, erkiniu mielitu, erkiniu encefalomielitu ar Laimo liga. Erkių platinamų ligų draudimo taisyklių 1.2.2 ir 1.2.3 papunkčiai nustato, kad draudimo išmoka yra mokama, kai (*duomenys neskelbtini*) diagnozė pagrindžiama imunofermentinio tyrimo rezultatais ir kraujyje randamas specifinis borelijai imunoglobulinas M ir kai diagnozę patvirtina gydytojas infektologas.

Taisyklių 2.1.2 papunktyje nustatyta, kad nedraudžiamuoju įvykiu laikoma ir draudimo išmoka nemokama, jeigu ligos diagnozė neatitinka visų ligos diagnozavimo reikalavimų, nurodytų 1.2 papunktyje. Todėl, remiantis minėtų draudimo taisyklių sąlygomis, darytina išvada, kad tuo atveju, jei apdraustajam atlikti kraujo tyrimai nepatvirtina specifinio borelijai imunoglobulino M teigiamo rodiklio, tokiu atveju, yra vertinama, kad nėra nustatyti visi apdraustojo susirgimo (*duomenys neskelbtini*) draudžiamojo įvykio požymiai ir kad apdraustajam įtariamas, tačiau kraujo tyrimais nepatvirtintas susirgimas (*duomenys neskelbtini*), pagal Erkių platinamų ligų draudimo sąlygas yra pripažįstamas nedraudžiamuoju įvykiu.

Remiantis nurodytomis draudimo sutarties sąlygomis, taip pat spręstina, kad vien tik (*duomenys neskelbtini*) gydytojo (*duomenys neskelbtini*) diagnozės, nepatvirtintos specifinio borelijai imunoglobulino M apdraustojo kraujyje teigiamu rodikliu, medicinos dokumentuose nurodymas negali būti pagrindu (*duomenys neskelbtini*) pripažinti draudžiamuoju įvykiu. Vadovaujantis Erkių platinamų ligų draudimo taisyklėse įtvirtintomis (*duomenys neskelbtini*) pripažinimo draudžiamuoju įvykiu ir nedraudžiamųjų įvykių sąlygomis, sutiktina su draudiko nurodytomis aplinkybėmis, kad pareiškėjui dėl Įvykio draudimo išmoka galėjo būti išmokėta tik specifinio borelijai imunoglobulino M pareiškėjui atlikto kraujo tyrimo nustatymo atveju ir kad šio antikūnio teigiamo rodiklio nenustatymas yra pagrindas draudikui įvykį pripažinti nedraudžiamuoju.

---

[5] Lietuvos Aukščiausiojo Teismo 2012 m. kovo 13 d. nutartis, priimta civilinėje byloje Nr. 3K-3-91/2012; 2013 m. balandžio 19 d. nutartis, priimta civilinėje byloje Nr. 3K-3-215/2013.

[6] 2013 m. balandžio 19 d. nutartis, priimta civilinėje byloje Nr. 3K-3-215/2013.

Vertinant kitų pareiškėjo su draudiku sudarytų draudimo sutarčių sąlygas, pažymėtina, kad Nelaimingų atsitikimų draudimo taisyklių 2 priedo Lentelėje „Traumos" XI skyriaus „Kitos išmokos" 20.8.6 papunktyje nustatyta, kad draudimo išmoka dėl (*duomenys neskelbtini*) mokama, kai liga yra nustatyta gydytojo infektologo ir patvirtinta imunofermentiniais tyrimais. Extreme nelaimingų atsitikimų draudimo taisyklių priede Nr. 1 pateiktoje Traumų lentelėje prie „Kitų draudžiamųjų įvykių" nurodyta (*duomenys neskelbtini*). Minėtose draudimo taisyklėse nustatyta, kad draudimo išmoka dėl erkinio encefalito, erkinio mielito, erkinio encefalomielito, Laimo ligos mokama, jei diagnozė nustatyta gydytojo infektologo ir patvirtinta serologinių ar imunofermentinių tyrimų rezultatais.

Todėl, remiantis aukščiau nurodytomis draudimo sutartims taikomų draudimo taisyklių sąlygomis, darytina išvada, kad pagal visas pareiškėjo su draudiku sudarytas draudimo sutartis būtinas kriterijus draudimo išmokai dėl apdraustojo susirgimo (*duomenys neskelbtini*) išmokėti yra minėtos ligos patvirtinimas apdraustajam atliktais draudimo taisyklėse nurodytais kraujo tyrimais.

Nagrinėjamu atveju šalys nesutaria dėl draudiko vertinimo, kad pareiškėjui gydymas buvo skirtas dėl ankstesnių pareiškėjo susirgimų (*duomenys neskelbtini*) nulemtų simptomų[7] pagrįstumo. Draudikas, priimdamas sprendimą, kad Įvykio požymiai neatitinka draudimo taisyklėse nurodytų draudžiamųjų įvykių požymių, rėmėsi antikūnių tyrimų rezultatais, kurie, draudiko vertinimu, nepatvirtino naujo susirgimo (*duomenys neskelbtini*). Pareiškėjas, nesutikdamas su draudiko sprendimu, teigė, kad naujo susirgimo (*duomenys neskelbtini*) diagnozę pagrindžia 2024 m. birželio 11 d. šeimos gydytojo suteiktos konsultacijos duomenys ir *(duomenys neskelbtini*) ligos gydymas.

Kaip minėta, pareiškėjas draudikui nurodė (*duomenys neskelbtini*) datą – 2024 m. birželio 11 d. Tos pačios dienos asmens sveikatos priežiūros įstaigos UAB „Telesante" Medicinos dokumentų išraše[8] nurodoma, kad pareiškėjas jaučia „(*duomenys neskelbtini*)".

Draudikas, pateikdamas paaiškinimus dėl (*duomenys neskelbtini*) simptomų pasireiškimo termino rėmėsi Nacionalinio visuomenės sveikatos centro prie Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerijos viešai skelbiama informacija, kad (*duomenys neskelbtini*)[9]. Todėl, remiantis iš karto po pareiškėjo nurodyto (*duomenys neskelbtini*) šeimos gydytojo sudarytame medicinos dokumente nurodytais duomenimis, sutiktina su draudiko atsiliepime į pareiškėjo kreipimąsi nurodytomis aplinkybėmis, kad gydytojas nurodė pareiškėjo simptomus, nesusijusius su galimu nauju užsikrėtimu (*duomenys neskelbtini*).

2024 m. birželio 11 d. UAB „Telesante" šeimos gydytojo sudaryto medicinos dokumentų išrašo duomenys taip pat patvirtina, kad šeimos gydytojas siuntime infekcinių ligų gydytojo konsultacijai nurodė, jog pareiškėjui atliktuose tyrimuose „rasta teigiami (*duomenys neskelbtini*)".

Pareiškėjas Lietuvos bankui pateikė 2024 m. gegužės 10 d. UAB „Medicina practica laboratorija" Tyrimų rezultatų protokolo Nr. (*duomenys neskelbtini*) duomenis. Minėtame pareiškėjui atliktų kraujo tyrimų rezultatų dokumente nurodyta, kad, atlikus kraujo tyrimą, rastas teigiamas (*duomenys neskelbtini*) ir teigiamas (*duomenys neskelbtini*). Taip pat pareiškėjo Lietuvos bankui pateiktame tą pačią dieną UAB „Medicina practica laboratorija" atlikto kraujo tyrimo Tyrimų rezultatų protokole Nr. (*duomenys neskelbtini*) nurodyta, kad pareiškėjo kraujyje buvo rastas teigiamas (*duomenys neskelbtini*).

2024 m. birželio 11 d. UAB „Telesante" šeimos gydytojo sudaryto medicinos dokumentų išraše nurodyta, kad pareiškėjas yra siunčiamas (*duomenys neskelbtini*) konsultacijai. Minėtame medicinos dokumente nurodytos diagnozės pagal (*duomenys neskelbtini*).

Kadangi pareiškėjo Lietuvos bankui pateikti prieš jo kreipimąsi 2024 m. birželio 11 d. šeimos gydytojo konsultacijai 2024 m. gegužės 10 d. atlikti kraujo tyrimai negali pagrįsti, kad pareiškėjas buvo tiriamas dėl (*duomenys neskelbtini*)[10], taip pat kadangi medicinos išraše buvo nurodyti duomenys apie ilgą laiką pareiškėjo jaučiamus (*duomenys neskelbtini*) simptomus bei, remiantis šeimos gydytojo sudarytame medicinos dokumente nurodytos diagnozės, dėl kurios pareiškėjas buvo siunčiamas (*duomenys neskelbtini*) konsultacijai, duomenimis, nėra pagrindo

[7] Dažnų ankstesnių susirgimų (*duomenys neskelbtini*) nulemtos (*duomenys neskelbtini*).
[8] Siuntime infekcinių ligų gydytojo konsultacijai.
[9] Viešai skelbiamos informacijos nuoroda - (*duomenys neskelbtini*).
[10] T. y. 2024 m. gegužės 10 d. UAB „Medicina practica laboratorija" Tyrimų rezultatų protokolų duomenys negali pagrįsti, kad be kitų pareiškėjui atliktų kraujo tyrimų taip pat buvo siekiama nustatyti (*duomenys neskelbtini*).

pagrįstomis pripažinti pareiškėjo nurodytų aplinkybių, kad šeimos gydytoja 2024 m. birželio 11 d. pareiškėjui diagnozavo naują susirgimą (*duomenys neskelbtini*).

2024 m. birželio 11 d. UAB „Telesante" šeimos gydytojo sudaryto medicinos dokumentų išrašo duomenys taip pat negali patvirtinti pareiškėjo teiginio, kad šeimos gydytojo nustatytas naujas susirgimas (*duomenys neskelbtini*) buvo patvirtintas pareiškėjui atliktais (*duomenys neskelbtini*) nustatymui būtinais (*duomenys neskelbtini*) tyrimais. Priešingai, šeimos gydytojo parengtame siuntime infekcinių ligų gydytojo konsultacijai buvo atskirai atkreiptas dėmesys, kad „šiuo metu (*duomenys neskelbtini*) neigiamas". Lietuvos bankui pareiškėjo pateikto UAB „Antėja" 2024 m. birželio 12 d.[11] kraujo Tyrimo protokolo duomenys taip pat patvirtino antikūnio (*duomenys neskelbtini*) neigiamą rezultatą. Minėto antikūnio neigiamą rodiklį pagrindė ir iki (*duomenys neskelbtini*) konsultacijos suteikimo pareiškėjui 2024 m. birželio 20 d. UAB „Antėja" atlikto kraujo Tyrimo protokolo duomenys.

Kaip minėta, draudikas, siekdamas pagrįsti vertinimą, kad pareiškėjui atlikti kraujo tyrimai nepatvirtino naujo susirgimo (*duomenys neskelbtini*), nurodė, kad naują susirgimą (*duomenys neskelbtini*) turi pagrįsti (*duomenys neskelbtini*) teigiamas rodiklis. Lietuvos bankui pateiktų medicinos dokumentų duomenys patvirtina, kad diagnostikos laboratorijoje UAB „Antėja" laikotarpiu nuo 2024 m. birželio 12 d. iki liepos 10 d. pareiškėjui buvo atlikti 5 (penki) (*duomenys neskelbtini*) tyrimai, tačiau šiuo laikotarpiu naują susirgimą (*duomenys neskelbtini*) patvirtinančių (*duomenys neskelbtini*) nebuvo rasta. UAB „Antėja" 2024 m. birželio 12 d., 2024 m. birželio 20 d., 2024 m. birželio 28 d., 2024 m. liepos 4 d., 2024 m. liepos 10 d. Tyrimų protokoluose nurodyta, kad „(*duomenys neskelbtini*)".

Svarbu pažymėti, kad pareiškėjo pateiktame 2024 m. liepos 4 d. UAB „Antėja" Tyrimų protokole nurodyta, kad (*duomenys neskelbtini*). 2024 m. liepos 10 d. Tyrimo protokole nurodyta, kad minėto antikūnio rezultatas yra (*duomenys neskelbtini*).

Pažymėtina, kad pareiškėjas, nesutikdamas su draudiko vertinimu, kad medicinos dokumentų duomenys nepatvirtino pareiškėjo nurodyto 2024 m. birželio 11 d. (*duomenys neskelbtini*), draudikui adresuotoje pretenzijoje nurodė, kad draudikas nepagrįstai (*duomenys neskelbtini*) pripažinimą draudžiamuoju įvykiu siejo su pareiškėjui atliktuose kraujo tyrimuose nurodytais (*duomenys neskelbtini*) rodikliais. Pareiškėjas rėmėsi aplinkybėmis, kad draudimo išmokos dėl (*duomenys neskelbtini*) mokėjimo pagrindu yra pripažintinas (*duomenys neskelbtini*) gydytojo pareiškėjo simptomų ir sveikatos būklės vertinimas, kuris patvirtino dėl 2024 m. birželio 11 d. (*duomenys neskelbtini*).

Kaip minėta, remiantis draudimo sutartims taikomų draudimo taisyklių sąlygomis, vienas iš būtinų kriterijų, kad apdraustojo susirgimas (*duomenys neskelbtini*) būtų pripažintas draudžiamuoju įvykiu, yra (*duomenys neskelbtini*) apdraustajam atliktų kraujo tyrimų metu teigiamo rodiklio nustatymas. Todėl nėra pagrindo sutikti su pareiškėjo draudikui adresuotoje pretenzijoje nurodytomis aplinkybėmis, kad kraujo tyrimų duomenų vertinimas nėra reikšmingas (*duomenys neskelbtini*) draudžiamojo įvykio kriterijų patvirtinimui.

Pažymėtina, kad draudikas, siekdamas pagrįsti, jog minėto (*duomenys neskelbtini*) neigiamas rodiklis ir aukštas (*duomenys neskelbtini*) teigiamas rodiklis pareiškėjui atliktuose kraujo tyrimuose patvirtina ankstesnius pareiškėjo susirgimus (*duomenys neskelbtini*), rėmėsi UAB „Unge" Teismo medicinos gydytojo dr. X. Y. išvados apie pareiškėjui nustatytų antikūnių rodiklių, būtinų (*duomenys neskelbtini*) stadijos vertinimui[12], (toliau – Išvada) duomenimis.

Išvadoje nurodyta, kad „kartą užsikrėtus (*duomenys neskelbtini*) žmogus visą gyvenimą turės (*duomenys neskelbtini*) savo organizme. Jeigu (*duomenys neskelbtini*) klasė yra neigiama, o (*duomenys neskelbtini*) – teigiama, tai rodo apie buvusią infekciją praeityje. (*Duomenys neskelbtini*) ir (*duomenys neskelbtini*) rodikliai kraujyje skiriasi tuo, kad (*duomenys neskelbtini*) parodo šviežią susirgimą (būna 1-3 mėn.), o (*duomenys neskelbtini*) kad žmogus jau persirgo (*duomenys neskelbtini*) ir jis lieka visam gyvenimui." Išvadoje taip pat konstatuojama, kad „(*duomenys neskelbtini*) tiksliai patvirtina (*duomenys neskelbtini*) ir (*duomenys neskelbtini*) atlikti dviem pakopomis".

Vertinant medicininiuose dokumentuose nurodytą informaciją, kuria draudikas grindė aplinkybes, jog gydytojų konsultacijų metu užfiksuoti pareiškėjo jaučiami simptomai buvo susiję su ankstesnėmis (*duomenys neskelbtini*) infekcijomis ir jie nepatvirtina naujo užsikrėtimo (*duomenys neskelbtini*), pažymėtina, kad be 2024 m. birželio 11 d. sudarytame medicinos

[11] T. y. kitą dieną po pareiškėjui 2024 m. birželio 11 d. suteiktos šeimos gydytojo konsultacijos atlikto.
[12] Taip pat, atsižvelgiant į pareiškėjo jaučiamus simptomus ir dažnus užsikrėtimus (*duomenys neskelbtini*).

dokumente nurodytų duomenų apie ilgą laiką pareiškėjo jaučiamus simptomus, minėtos aplinkybės taip pat buvo nurodytos ir UAB „Hormdernus“ (*duomenys neskelbtini*) gydytojo 2024 m. birželio 26 d. sudarytame Medicinos dokumentų išraše / siuntime.

Minėtame medicinos dokumente buvo nurodyti duomenys, kad pareiškėją daug metų (*duomenys neskelbtini*). Taip pat šiame medicinos dokumentų išraše nurodyta, kad pareiškėjo juntami simptomai jį vargina 5 metus, buvę daug (*duomenys neskelbtini*), dėl kurios pareiškėjui buvo skirtas gydymas.

Pažymėtina, kad nors UAB „Hormdernus“ gydytojo specialisto sudarytame medicinos dokumentų išraše buvo nurodyti duomenys apie įtariamą (*duomenys neskelbtini*) I stadiją ir nurodyta, kad nėra rekomenduojama atlikti (*duomenys neskelbtini*), tačiau Lietuvos bankui pateikti įrodymai patvirtina, kad po (*duomenys neskelbtini*) gydytojo konsultacijos pareiškėjui suteikimo buvo atlikti trys[13] kraujo tyrimai, kurių duomenys nepatvirtino naują susirgimą (*duomenys neskelbtini*) galinčio pagrįsti (*duomenys neskelbtini*) teigiamo rodiklio.

Todėl UAB „Hormdernus“ gydytojo specialisto sudarytame medicinos dokumente nurodyti duomenys negali vienareikšmiškai pagrįsti, ar pareiškėjui gydymas buvo skirtas dėl ankstesnių susirgimų (*duomenys neskelbtini*) pareiškėjo jaučiamų simptomų ir pareiškėjo sveikatos būklės, būdingos (*duomenys neskelbtini*), gydymo, ar medikamentinis gydymas buvo skirtas draudimo sutarčių galiojimo laikotarpiu naujam pareiškėjo susirgimui (*duomenys neskelbtini*) gydyti.

Kaip minėta, nors pareiškėjas teigė, kad naują susirgimą (*duomenys neskelbtini*) patvirtino 2024 m. birželio 11 d. šeimos gydytojo suteiktos konsultacijos metu gydytojo padaryta išvada, tačiau šeimos gydytojo parengto medicinos dokumento duomenys apie pareiškėjo siuntimo (*duomenys neskelbtini*) gydytojo konsultacijai nurodytą diagnozę, pareiškėjo simptomus ir jam atliktų kraujo tyrimų rezultatus negali pagrįsti nurodytų pareiškėjo teiginių.

Vertinant pareiškėjo nurodytas aplinkybes, kad naują susirgimą (*duomenys neskelbtini*) patvirtina ir 2024 m. liepos 12 d. „Lietuvos sveikatos mokslų universiteto Kauno ligoninė“ pareiškėjui suteiktos gydytojos konsultacijos duomenys, pažymėtina, kad šios gydymo įstaigos sudarytame Ambulatorinio apsilankymo aprašyme nurodyta diagnozė - „(*duomenys neskelbtini*). Kaip minėta, 2024 m. birželio 11 d. šeimos gydytojo parengtame siuntime 2024 m. birželio 26 d. pareiškėjui suteiktai (*duomenys neskelbtini*)“ konsultacijai buvo nurodyti duomenys apie pareiškėjui atliktų kraujo tyrimų pagrindu nustatytas „Kitas (*duomenys neskelbtini*)“, kurių įtarimui nurodyti simptomai sutapo su UAB „Hormdernus“ (*duomenys neskelbtini*)“ gydytojo pareiškėjui suteiktos konsultacijos metu nustatytais simptomais.

2024 m. liepos 12 d. „Lietuvos sveikatos mokslų universiteto Kauno ligoninė“ parengtame Aprašyme nurodyta, kad „pacientas ištirtas dėl (*duomenys neskelbtini*).“

Kadangi pareiškėjo 2024 m. birželio 11 d. kreipimosi šeimos gydytojo konsultacijai duomenys negali pagrįsti, kad jam suteiktos konsultacijos tikslas buvo galimo naujo susirgimo (*duomenys neskelbtini*) patvirtinimas, taip pat, atsižvelgiant į tai, kad iki 2024 m. birželio 11 d. pareiškėjo kreipimosi į šeimos gydytoją pareiškėjas buvo tiriamas dėl kitų galimų (*duomenys neskelbtini*)“, kurios buvo patvirtintos „Lietuvos sveikatos mokslų universiteto Kauno ligoninė“ gydytojo ir pareiškėjui buvo skirtas gydymas vaistais, todėl, remiantis Lietuvos bankui pateiktais medicinos dokumentais, negalima vienareikšmiškai teigti, kad pareiškėjo konsultacijos minėtoje gydymo įstaigoje tikslas buvo naujo susirgimo (*duomenys neskelbtini*) diagnozės patvirtinimas.

Lietuvos bankui pateikti įrodymai suteikia pagrindą spręsti, kad „Lietuvos sveikatos mokslų universiteto Kauno ligoninė“ gydytojo specialisto pareiškėjui suteikta konsultacija buvo susijusi su bendrai pareiškėjo juntamų ir 2024 m. birželio 11 d. šeimos gydytojo bei 2024 m. birželio 26 d. (*duomenys neskelbtini*)“ gydytojo pareiškėjui suteiktų konsultacijų metu užfiksuotų bei atliktų kraujo tyrimų[14] rezultatų vertinimas.

Nors Aprašyme taip pat yra nurodyti duomenys, kad (*duomenys neskelbtini*) gydymas yra pakankamas ir pareiškėjui kartoti tyrimų dėl šios ligos nereikia, tačiau vien tik šie nurodyti duomenys negali patvirtinti, kad pareiškėjui „Lietuvos sveikatos mokslų universiteto Kauno ligoninė“ gydytojo specialisto suteiktos konsultacijos tikslas buvo patvirtinti 2024 m. birželio 26 d. pareiškėjui (*duomenys neskelbtini*) gydytojo įtartą (*duomenys neskelbtini*) diagnozę, kurios vienareikšmiškai negalėjo pagrįsti laikotarpiu nuo 2024 m. birželio 26 d. (*duomenys neskelbtini*) gydytojo iki liepos 12 d. pareiškėją konsultavusio „Lietuvos sveikatos mokslų universiteto Kauno

[13] T. y. minėti kraujo tyrimai buvo atlikti 2024 m. birželio 28 d., liepos 4 d. ir liepos 10 d.
[14] Kurių metu pareiškėjas nebuvo tiriamas vien tik dėl (*duomenys neskelbtini*).

ligoninė" pareiškėjui atlikti (*duomenys neskelbtini*) tyrimo rodikliai. „Lietuvos sveikatos mokslų universiteto Kauno ligoninė" gydytojo specialisto parengto medicinos dokumento duomenys taip pat negali nuginčyti draudiko vertinimo, kad pareiškėjui 2024 m. birželio 26 d. (*duomenys neskelbtini*) gydytojo konsultacijos metu skirtas gydymas buvo susijęs su ankstesnių pareiškėjo susirgimų (*duomenys neskelbtini*) nulemtų simptomų gydymu.

Lietuvos bankui pateikti medicinos dokumentų duomenys suteikia pagrindą spręsti, kad „Lietuvos sveikatos mokslų universiteto Kauno ligoninėje" buvo vertinama bendra pareiškėjo sveikatos būklė ir jaučiami simptomai, taip pat vertinama atliktų medicinos tyrimų visuma, siekiant nustatyti ir kitas pareiškėjui patvirtintų susirgimų diagnozes, tačiau ne konkrečiai diagnozuoti po 2024 m. birželio 11 d. (*duomenys neskelbtini*).

Pažymėtina, kad Aprašyme nurodyta, kad 2024 m. liepos 4 d. buvo atliktas (*duomenys neskelbtini*) ir buvo nustatytas (*duomenys neskelbtini*) rodiklis. Kaip nurodyta Išvadoje, tokio pobūdžio rodiklis patvirtina pareiškėjo ankstesnių susirgimų (*duomenys neskelbtini*) duomenis ir nepagrindžia naujos (*duomenys neskelbtini*) diagnozės. 2024 m. liepos 12 d. medicinos dokumento išraše nebuvo nurodyta jokių duomenų apie (*duomenys neskelbtini*) rodiklio galimą padidėjimą ar jo teigiamą rezultatą atliktuose pareiškėjo kraujo tyrimuose.

Todėl, remiantis 2024 m. liepos 12 d. „Lietuvos sveikatos mokslų universiteto Kauno ligoninė" sudarytame medicinos išraše nurodytais duomenimis, taip pat negalima vienareikšmiškai spręsti, kad pareiškėją konsultavusi gydytoja vertino ne su ankstesniais susirgimais (*duomenys neskelbtini*) pareiškėjo jaučiamų simptomų galimo gydymo poreikį, tačiau, kad ji patvirtino su pareiškėjo draudikui nurodytu 2024 m. birželio 11 d. (*duomenys neskelbtini*) susijusį naują susirgimą (*duomenys neskelbtini*) ir jos gydymo (skirto UAB „Hormdernus" gydytojo specialisto konsultacijos metu) veiksmingumą.

Pažymėtina, kad draudikas savo sprendimą pareiškėjo sveikatos būklės nepripažinti nauju susirgimu (*duomenys neskelbtini*), priėmė, atlikęs medicinos dokumentų vertinimą ir, vadovaudamasis pareiškėjui atliktų kraujo tyrimų duomenimis bei teismo medicinos eksperto kvalifikaciją turinčio specialisto pareiškėjui kraujo tyrimuose nustatytų (*duomenys neskelbtini*) vertinimu.

Lietuvos Respublikos draudimo įstatymo 98 straipsnio nuostatos, įpareigojančios draudiką tirti ir vertinti įvykio, kuris gali būti pripažintas draudžiamuoju, aplinkybes, šių aplinkybių tyrimo pagrindu priimti sprendimą dėl draudimo išmokos mokėjimo ir draudėjui (apdraustajam, naudos gavėjui) išmokėti draudimo išmoką, įvykus draudžiamajam įvykiui, lemia draudiko pareigą turėti kvalifikuotus darbuotojus, kurie yra kompetentingi įvertinti įvykusio įvykio atitiktį draudimo sutartyje nustatytiems draudžiamojo įvykio požymiams.

Todėl draudiko eksperto pateiktas medicinos dokumentų vertinimas, kuris taip pat yra pagrįstas Teismo medicinos eksperto kvalifikaciją turinčio specialisto duomenimis, suteikia pagrindą spręsti apie draudiko sprendimo, kad Įvykio požymiai neatitinka pareiškėjo su draudiku sudarytose draudimo sutartyse įtvirtintų įvykio pripažinimo draudžiamuoju sąlygų, pagrįstumą.

Kaip minėta, pareiškėjo pateikti medicinos dokumentų duomenys, negali vienareikšmiškai nuginčyti draudiko eksperto ir Teismo eksperto kvalifikaciją turinčio specialisto išvadų. Priešingai, net 5 (penki) pareiškėjui atlikti kraujo tyrimų rezultatai nepatvirtino duomenų apie pareiškėjo naują susirgimą (*duomenys neskelbtini*), o jie pagrindė didelį (*duomenys neskelbtini*) pareiškėjo kraujyje rodiklį, kuris, remiantis draudiko įrodymais pagrįstais paaiškinimais, turi būti vertinamas, kaip patvirtinantis ankstesnius pareiškėjo susirgimus (*duomenys neskelbtini*).

Nagrinėjamu atveju, vertinant draudiko sprendimo atsisakyti išmokėti draudimo išmoką pagal ginčo aplinkybių vertinimui aktualiu draudimo laikotarpiu sudarytas draudimo sutartis pagrįstumą, reikšminga aplinkybe pripažintini duomenys, kad draudikas pareiškėjui pagal jo pranešimą apie Įvykį yra išmokėjęs 600 Eur draudimo išmoką. Nors Lietuvos bankui pateikti įrodymai patvirtina, kad šios draudimo išmokos išmokėjimas prieštaravo Erkių platinamų ligų draudimo taisyklėse nurodytoms (*duomenys neskelbtini*) pripažinimo draudžiamuoju įvykiu sąlygoms, tačiau draudikas prisiėmė klaidingo draudimo išmokos išmokėjimo neigiamas pasekmes ir nereikalavo, kad pareiškėjas grąžintų išmokėtą draudimo išmokos sumą.

Kadangi Lietuvos bankui pateikti įrodymai negali vienareikšmiškai pagrįsti pareiškėjo nurodytų aplinkybių, kad dėl 2024 m. birželio 11 d. (*duomenys neskelbtini*) jam buvo nustatyta naujo susirgimo (*duomenys neskelbtini*) diagnozė, todėl, daryta išvada, kad draudikas priėmė pareiškėjui palankų sprendimą ir, nesant aiškių įrodymų apie naują susirgimą (*duomenys neskelbtini*), nereikalavo grąžinti pareiškėjui išmokėtos draudimo išmokos.

Be to, pažymėtina, kad 600 Eur draudimo išmokos pareiškėjui išmokėjimas negali būti vertinamas, kaip pagrįsto lūkesčio pareiškėjui suformavimas, jog draudimo išmoka bus mokama pagal kitas aktualiu draudimo laikotarpiu sudarytas draudimo sutartis. Pažymėtina, kad dėl draudiko sutartinių pareigų netinkamo vykdymo jam sutartinė civilinė atsakomybė ir pareiga atlyginti nukentėjusiojo nuostolius kyla tik tuo atveju, kai draudiko neteisėti veiksmai priežastiniu ryšiu yra susiję su patirtais nuostoliais[15]. Nagrinėjamu atveju nebuvo nustatyta aplinkybių, kad pareiškėjas dėl draudiko 600 Eur draudimo išmokos išmokėjimo ir draudiko palankaus sprendimo nereikalauti grąžinti išmokėtą draudimo išmoką būtų patyręs kokius nors nuostolius.

Todėl, apibendrinant Lietuvos banko nustatytas aplinkybes, darytina išvada, kad draudikas pagrindė savo sprendimą netenkinti pareiškėjo reikalavimo išmokėti draudimo išmokas dėl *(duomenys neskelbtini)* pagal pareiškėjo nurodytu Įvykio laikotarpiu galiojusias draudimo sutartis. Atsižvelgiant į tai, pažymėtina, kad pareiškėjo draudikui keliamas reikalavimas yra atmestinas, kaip nepagrįstas.

Remdamasis tuo, kas išdėstyta, ir vadovaudamasis 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

[15] CK 6.245 straipsnio 3 dalis nustato, kad sutartinė civilinė atsakomybė atsiranda nevykdant ar netinkamai vykdant sutartį, kurios viena šalis turi teisę reikalauti atlyginti nuostolius ar netesybas, o kita privalo juos atlyginti. Kadangi CK 6.256 straipsnio 4 dalis nustato, kad verslininko sutartinė atsakomybė atsiranda be kaltės, todėl esant reikalavimui taikyti sutartinę civilinę atsakomybę, būtina nustatyti tris atsakomybės sąlygas: neteisėtus veiksmus (CK 6.246 straipsnis), žalą (CK 6.249 straipsnis) ir priežastinį ryšį tarp žalos ir neteisėtų veiksmų (CK 6.247 straipsnis).