



**LIETUVOS BANKO
TEISĖS IR LICENCIJAVIMO DEPARTAMENTO
DIREKTORIUS**

**SPRENDIMAS
DĖL X. X. IR ADB „GJENSIDIGE“ GINČO NAGRINĖJIMO**

2026-02-09 Nr. 429-38
Vilnius

Lietuvos bankas gavo X. X. (toliau – pareiškėja) kreipimąsi, kuriuo pareiškėja prašė išnagrinėti tarp jos ir ADB „Gjensidige“ (toliau – draudikas) kilusį ginčą.

N u s t a t y t a:

2025 m. vasario 1 d. – 2026 m. sausio 31 d. draudimo laikotarpiui tarp *Luminor Bank AS*, veikiančio per Lietuvos skyrių, ir draudiko buvo sudaryta Darbuotojų sveikatos draudimo sutartis Nr. (*duomenys neskelbtini*) (toliau – Draudimo sutartis), kuria buvo apdrausti ir pareiškėjos turtiniai interesai. Pareiškėja buvo apdrausta nuo draudimo liudijimo priede Nr. 1 išvardintų draudimo rizikų. Draudimo apsauga suteikta Sveikatos draudimo sąlygų Nr. 067¹ (toliau – Taisyklės) pagrindu.

Pareiškėja draudikui 2025 m. spalio 6 d. pateikė prašymą pagal Draudimo sutartimi apdraustos draudimo rizikos „Ambulatorinis gydymas“ sąlygas išmokėti pareiškėjai taikyto gydymo (*duomenys neskelbtini*) (toliau – Įvykis) atlyginančią draudimo išmoką. Draudikui pateiktoje UAB „Rezus.lt“ 2025 m. spalio 6 d. sudarytoje sąskaitoje faktūroje nurodyta, kad pareiškėjai buvo suteikta šeimos gydytojo konsultacija, kurios kaina yra 45 Eur, taip pat kad pareiškėjai buvo skirta „(*duomenys neskelbtini*)“, kuriuos kaina yra 232 Eur².

Draudikas, vadovaudamasis pareiškėjos pateiktais gydymo išlaidas patvirtinančiais duomenimis³, nustatė, kad pareiškėja gydymo įstaigoje sumokėjo 232 Eur. Remdamasis nustatytomis aplinkybėmis, draudikas sprendė, kad už pareiškėjai suteiktą šeimos gydytojo konsultaciją⁴ buvo atsiskaityta tiesiogiai sveikatos priežiūros įstaigoje, pasinaudojant sveikatos draudimo kortelės duomenimis.

Draudikas 2025 m. spalio 7 d. elektroniniu laišku kreipėsi į pareiškėją, prašydamas pateikti papildomą informaciją⁵, pagrindžiančią, kad pareiškėjai (*duomenys neskelbtini*) įsigijimo išlaidas. Draudikas teigė negavęs prašomos pareiškėjos patirtų išlaidų detalizacijos, todėl pareiškėjai buvo išmokėta 27 Eur – neginčijama suma už (*duomenys neskelbtini*).

Draudikas pabrėžė, kad 27 Eur draudimo išmoką apskaičiavo, remdamasis draudiko partnerės UAB „Rezus.lt“ su draudiku suderintu paslaugų kainynu. Remiantis minėto paslaugų kainyno duomenimis, paslaugos „(*duomenys neskelbtini*)“ kaina yra 30 Eur. Kadangi pagal Draudimo sutarties draudimo varianto „Ambulatorinis gydymas“ sąlygas yra mokama 90 procentų apdraustojo patirtų išlaidų suma, todėl pareiškėjai buvo išmokėta 27 Eur draudimo išmoka.

Draudikas pareiškėją 2025 m. spalio 20 d. raštu informavo, kad, remiantis Taisyklių 4.3.4 papunkčiu, draudimo išmoka pagal draudimo varianto „Ambulatorinis gydymas“ sąlygas yra mokama tik už apdraustajam suteiktas gydytojo paskirtas slaugytojų paslaugas, į kurias patenka (*duomenys neskelbtini*) paslauga. Minėtoje Taisyklių sąlygoje yra aiškiai nustatyta, kad iš (*duomenys neskelbtini*) paslaugų išlaidų yra išskaičiuojamos (*duomenys neskelbtini*) įsigijimo išlaidos. Draudikas pabrėžė, kad pareiškėjos patirtos (*duomenys neskelbtini*) įsigijimo išlaidos

¹ Nuo 2024 m. lapkričio 1 d. galiojanti redakcija.

² Bendra 2025 m. spalio 6 d. sąskaitoje faktūroje nurodyta išlaidų suma – 277 Eur.

³ Mokėjimo nurodymo duomenimis.

⁴ Kurios suteikimo išlaidų suma yra 45 Eur.

⁵ T. y. prašymas pateikti „išskaidytą (patikslintą) sąskaitą faktūrą“.

gali būti kompensuotos pagal Draudimo sutartimi apdraustos draudimo rizikos „Vaistai ir medicinos pagalbos priemonės“ sąlygas. Draudikas nurodė, kad pareiškėja, siekdama gauti draudimo išmoką, atlyginančią taip pat ir (*duomenys neskelbtini*) įsigijimo išlaidas, draudikui turi pateikti prašymą minėtą draudimo išmoką išmokėti pagal draudimo varianto „Vaistai ir medicinos pagalbos priemonės“ sąlygas.

Pareiškėja, nesutikdama su draudiko nurodytomis aplinkybėmis, pretenzijoje draudikui nurodė, kad Taisyklių 4 punkte įtvirtintose draudimo varianto „Ambulatorinis gydymas“ sąlygose yra nustatyta pagal minėtą draudimo variantą teikiamos draudimo apsaugos apimtis. Pareiškėja, remdamasi Taisyklių 4.5.7 papunkčiu, nurodė, kad draudikas turi teisę nekompensuoti tik (*duomenys neskelbtini*) išlaidų.

Pareiškėjos teigimu, draudiko Įvykiui pritaikytas Taisyklių 4.3.4 papunktis tik „apibrėžia paslaugos pobūdį, o ne draudimo ribojimą gydymui paskirtiems (*duomenys neskelbtini*). Jo taikymas kaip pagrindas atsisakyti kompensuoti (*duomenys neskelbtini*) yra klaidingas ir neatitinka taisyklių logikos.“

Pareiškėja taip pat nurodė, kad ji nesutinka su draudiko vertinimu, jog jai buvo suteikta (*duomenys neskelbtini*) paslauga, kai (*duomenys neskelbtini*). Pareiškėja pabrėžė, kad „(*duomenys neskelbtini*)“. Pareiškėja pabrėžė, kad „Taisyklės numato nekompensuojamus atvejus (*duomenys neskelbtini*), tačiau nėra išimties, pagal kurią gydymui paskirti (*duomenys neskelbtini*) nebūtų kompensuojami. Todėl teiginys, kad „prie draudžiamųjų įvykių nėra numatoma išlaidų kompensavimo už (*duomenys neskelbtini*)“, yra neteisingas ir klaidinančiai išplėstas.“

Draudikas pateiktame atsakyme į pareiškėjos pretenziją nurodė, kad Įvykiui tinkamai pritaikė Taisyklių sąlygas. Aiškinant Taisyklių sąlygas sistemaiškai, aiškiai yra suprantama, kad „(*duomenys neskelbtini*)“ patenka į „Ambulatorinio gydymo“ draudimo riziką, o patys (*duomenys neskelbtini*) patenka į atskirą draudimo programą – „Vaistai ir medicinos pagalbos priemonės“. Draudikas atsakyme į pareiškėjos pretenziją pakartotojo, kad (*duomenys neskelbtini*) įsigijimo išlaidas atlyginanti draudimo išmoka gali būti mokama pagal draudimo rizikos „Vaistai ir medicinos pagalbos priemonės“ sąlygas.

Pareiškėja, nesutikdama su draudiko atsakyme į pareiškėjos pretenziją nurodytomis aplinkybėmis, kreipimesi į Lietuvos banką, be kitų pretenzijoje draudikui nurodytų aplinkybių, teigė, kad, draudikui paprašius pateikti (*duomenys neskelbtini*) kainų detalizaciją, pareiškėja nedelsdama kreipėsi į sveikatos priežiūros įstaigą dėl prašomos informacijos surinkimo. Tačiau draudikas, nelaukdamas prašomų duomenų, priėmė sprendimą pritaikyti klaidingas (*duomenys neskelbtini*) paslaugos kainas, vertindamas, kad į sveikatos priežiūros įstaigą pareiškėja kreipėsi dėl jau iki kreipimosi įsigyto⁶ (*duomenys neskelbtini*). Pareiškėjos teigimu, draudiko sprendimas išmokėti 27 Eur draudimo išmoką už (*duomenys neskelbtini*) patvirtina, kad draudikas atsakymą į pretenziją pateikė neįvertinęs visų pareiškėjos pretenzijoje nurodytų aplinkybių.

Pareiškėja Lietuvos banką taip pat informavo, kad su ja susisiekė draudikas, teigdamas, kad „(*duomenys neskelbtini*)“ paslaugos kaina galėjo būti apskaičiuota neteisingai“. Pareiškėja nurodė, kad draudikas (*duomenys neskelbtini*) paslaugų išlaidas pagal šių išlaidų patyrimą patvirtinančius dokumentus. Tačiau pareiškėja pabrėžė, kad (*duomenys neskelbtini*)⁷.

Remdamasi nurodytomis aplinkybėmis, pareiškėja Lietuvos banko prašė įvertinti, ar draudikas tinkamai apskaičiavo pareiškėjai išmokėtos draudimo išmokos dydį, įvertinant informacijos, būtinos objektyviam draudimo išmokos dydžiui nustatyti, rinkimo ir nepagrįstos pirminės draudimo išmokos dydžio nustatymo aplinkybes.

Draudikas pateiktame atsiliepime į pareiškėjos kreipimąsi nurodė, kad jo atliktas draudimo išmokos dydžio apskaičiavimas atitinka Taisyklių sąlygas. Draudikas pabrėžė, kad Taisyklių sąlygų sisteminis aiškinimas patvirtina, kad dėl pagal draudimo rizikos „Ambulatorinis gydymas“ draudžiamąjį įvykį sąlygas pareiškėjai taikyto ambulatorinio gydymo paslaugų įsigyto (*duomenys neskelbtini*) įsigijimo išlaidas atlyginanti draudimo išmoka gali būti mokama tik pagal draudimo rizikos „Vaistai ir medicinos pagalbos priemonės“ sąlygas.

Draudikas taip pat nurodė, kad galutinė draudimo išmoka, atlyginanti pareiškėjai šeimos gydytojo paskirtos slaugytojos paslaugos – (*duomenys neskelbtini*) išrašytos sąskaitos faktūros duomenis. Draudikas nurodė, kad, remdamasis gautais duomenimis ir Draudimo sutarties sąlygomis, pareiškėjai 2025 m. gruodžio 10 d. išmokėjo papildomą 18 Eur draudimo išmoką už

⁶ Ir pareiškėjos į sveikatos priežiūros įstaigą atnešto.

⁷ T. y. tik atlygino pareiškėjos patirtas vaistinio preparato suleidimo paslaugos išlaidas.

jai suteiktas (*duomenys neskelbtini*) paslaugas. Draudikas pabrėžė, kad draudimo išmoka, atlyginanti pareiškėjos (*duomenys neskelbtini*) išlaidas, galėtų būti išmokėta, tik jai pateikus prašymą dėl pagal draudimo rizikos „Vaistai ir medicinos pagalbos priemonės“ sąlygas apskaičiuotą „(*duomenys neskelbtini*)“ įsigijimo išlaidų sumą atlyginančios draudimo išmokos mokėjimo.

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.

Atsižvelgiant į ginčo šalių nurodytas aplinkybes ir pateiktus įrodymus, darytina išvada, kad šalių ginčas kilo dėl draudiko atsisakymo pagal draudimo varianto „Ambulatorinis gydymas“ sąlygas išmokėti (*duomenys neskelbtini*) įsigijimo išlaidas atlyginančią draudimo išmoką pagrįstumo.

Siekiant išnagrinėti tarp pareiškėjos ir draudiko kilusį ginčą, būtina įvertinti: 1) įvykiui pritaikytų ir pareiškėjos ginčijamų Taisyklių sąlygų turinio ir prasmės bei jų aiškinimo aplinkybes ir 2) draudiko sprendimo pareiškėjai išmokėti (duomenys neskelbtini) paslaugos išlaidas (be (duomenys neskelbtini) išlaidų kompensavimo) atlyginančią draudimo išmoką pagrįstumą.

Remiantis Lietuvos Respublikos civilinio kodekso (toliau – CK) 6.987 straipsnio 1 dalyje įtvirtinta draudimo sutarties samprata, minėta sutartimi draudikas įsipareigoja už sutartyje nustatytą draudimo įmoką sumokėti 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.

Draudimo sutartimi draudimo objektui (draudėjo ar naudos gavėjo turciniams interesams) suteikiama apsauga – įsipareigojimas mokėti draudimo išmoką, įvykus draudžiamajam įvykiui⁸. Draudimo sutartimi draudimo objektui teikiama draudimo apsauga nėra absoliuti – draudikas, prisiimdamas draudimo riziką, nustato draudimo sutartimi suteikiamos draudimo apsaugos ribas. Draudimo taisyklėse nustatomi atvejai, kurie laikytini draudžiamaisiais įvykiais, taip pat kurie tokiais nelaikytini.

Remiantis Lietuvos Respublikos draudimo įstatymo 2 straipsnio 33 punktu, draudžiamasis įvykis – tai draudimo sutartyje nurodytas atsitikimas, kuriam įvykus draudikas privalo mokėti draudimo išmoką. Teisine prasme draudžiamasis įvykis yra juridinis faktas, t. y. realaus gyvenimo reiškiny, su kuriuo įstatymas sieja teisinius padarinius, konkrečiai – draudiko pareigą išmokėti draudimo išmoką. Sutartyje nustatyti draudžiamieji ir nedraudžiamieji įvykiai apibrėžia draudiko prisiimamos rizikos mastą, draudimo sutartimi teikiamos draudimo apsaugos apimtį ir ribas. Nedraudžiamuoju įvykiu laikytinas atsitikimas, kai įvyksta į draudimo rizikos apibrėžtį patenkantis įvykis, tačiau šalys yra susitariusios, kad dėl konkrečių aplinkybių ir savitų, aiškiai draudimo sutartyje nustatytų sąlygų šis įvykis nelemia draudiko pareigos išmokėti draudimo išmoką⁹. Taigi draudiko prievolės išmokėti draudimo išmoką pagal įstatymuose nustatytą teisinį reglamentavimą ir draudimo sutartį atsiradimas siejamas su draudžiamąjo įvykio fakto nustatymu ir nedraudžiamąjo įvykio sąlygų nebuvimu (CK 6.987 straipsnis).

1. Dėl įvykiui pritaikytų ir pareiškėjos ginčijamų Taisyklių sąlygų turinio ir prasmės bei jų aiškinimo

⁸ Lietuvos Respublikos draudimo įstatymo 2 straipsnio 2 dalies 10 punktas.

⁹ Lietuvos Aukščiausiojo Teismo 2013 m. birželio 26 d. nutartis, priimta civilinėje byloje Nr. 3K-3-316/2013.

Nagrinėjamu atveju nėra šalių ginčo dėl Taisyklių sąlygų privalomumo ir jų taikymo. Priešingai, pareiškėja, draudikui keldama reikalavimą pagal Taisyklėse įtvirtintas draudimo varianto „Ambulatorinis gydymas“ sąlygas išmokėti (*duomenys neskelbtini*) įsigijimo išlaidas atlyginančią draudimo išmoką, rėmėsi Taisyklių sąlygomis, tačiau ji nesutinka su draudiko pateiktu Taisyklėse įtvirtintų ir įvykiui pritaikytų sąlygų aiškinimu.

Draudimo sutarties šalims nesutariant dėl standartinių draudimo sutarties sąlygų turinio ir prasmės bei šių sąlygų aiškinimo, turi būti vadovaujamasi CK 6.193–6.195 straipsniuose įtvirtintomis sutarties aiškinimo taisyklėmis ir kasacinio teismo suformuota šių nuostatų aiškinimo praktika. CK 6.193–6.195 straipsniai įtvirtina, 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 prasmę¹⁰.

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 prasmė¹¹.

Taisyklių 2.1 papunktyje draudimo objektas apibrėžiamas kaip apdraustojo turtiniai interesai, susiję su draudžiamaisiais įvykiais, numatytais draudėjo pasirinktose ir draudimo liudijime nurodytose draudimo rizikose, kurias draudikas prisiėmė. Taisyklių 2.2 papunktis nustato, kad draudimo objektas visais atvejais susijęs su suteiktomis asmens sveikatos priežiūros paslaugomis arba įsigytais prekėmis dėl sveikatos sutrikimo, kurį reikia diagnozuoti ar gydyti; taip pat ligų profilaktikos ar sveikatos stiprinimo tikslais suteiktomis paslaugomis arba įsigytais prekėmis. Taisyklių 1.14 papunktis sveikatos sutrikimą apibrėžia kaip gydytojo nustatytą ūmią ligą arba traumą, dėl kurios apdraustasis išreiškė nusiskundimų ir kurią reikia diagnozuoti ar gydyti, arba diagnozuotą lėtinę ligą, dėl kurios gydytojas paskyrė periodinį sekimą.

Taisyklių 4.1 ir 4.2 papunkčiuose nustatyta, kad draudimo rizika „Ambulatorinis gydymas“ yra siekiama apsaugoti apdraustąjį nuo galimų turtinių nuostolių, kai dėl draudžiamąjį įvykiu suteikiamos paslaugos, susijusios su ambulatoriniu gydymu. Draudžiamuoju įvykiu pagal šią draudimo riziką laikomas sveikatos sutrikimas, dėl kurio apdraustajam reikalingos mediciniškai pagrįstos asmens sveikatos priežiūros paslaugos, nurodytos Taisyklių 4.3 papunktyje. Taisyklių 1.25 papunktyje mediciniškai pagrįstos paslaugos yra apibrėžiamos kaip kompetentingo gydytojo apdraustajam pagal jo nusiskundimus medicininėje dokumentacijoje nurodytos būtinos sveikatos priežiūros paslaugos.

Remiantis sisteminiu nurodytų Taisyklių sąlygų aiškinimu, darytina išvada, kad draudikas pagal draudimo sutartį įsipareigoja teikti draudimo apsaugą dėl draudimo liudijime nurodytų draudimo rizikų. Draudimo sutartimi gali būti apdraustas dėl apdraustajam ūmios ligos ar traumos, kurias reikia diagnozuoti ar gydyti, taip pat dėl lėtinės ligos, dėl kurios apdraustajam yra skirtas periodinis sekimas, suteiktos asmens sveikatos priežiūros paslaugos, taip pat dėl ūmios ar lėtinės ligos ir (arba) traumos įsigytos prekės. Draudimo apsauga yra teikiama ir dėl ligų profilaktikos ar sveikatos stiprinimo tikslais suteiktų paslaugų arba įsigytų prekių.

Taisyklių sąlygų sisteminis aiškinimas patvirtina, kad pagal draudimo rizikos „Ambulatorinis gydymas“ draudimo apsaugos sąlygas draudikas įsipareigojo išmokėti draudimo

¹⁰ Lietuvos Aukščiausiojo Teismo 2012 m. balandžio 4 d. nutartis, priimta civilinėje byloje Nr. 3K-3-146/2012; 2010 m. birželio 10 d. nutartis, priimta civilinėje byloje Nr. 3K-3-288/2010.

¹¹ Lietuvos Aukščiausiojo Teismo 2015 m. balandžio 28 d. nutartis, priimta civilinėje byloje Nr. 3K-3-249-915/2015; 2017 m. vasario 17 d. nutartis, priimta civilinėje byloje Nr. 3K-3-38-378/2017.

išmoką dėl apdraustajam ūmiai ar lėtinei ligai gydyti suteiktų būtinų sveikatos priežiūros paslaugų, kurios yra detalizuotos Taisyklių 4.3 papunktyje.

Taisyklių 4.3 papunktyje nustatyta, kad pagal draudimo riziką „Ambulatorinis gydymas“ yra mokama draudimo išmoka, atlyginanti išlaidas už gydytojo konsultacijas, įskaitant nuotolines (Taisyklių 4.3.1 papunktis); gydytojo paskirtus diagnostinius (laboratorinius, instrumentinius) tyrimus (Taisyklių 4.3.2 papunktis); greitosios medicinos pagalbos paslaugas (Taisyklių 4.3.3 papunktis); gydytojo paskirtas slaugytojų paslaugas (pvz., vaistų suleidimas be vaistinių medžiagų kainos, kraujo paėmimas, žaizdos perrišimas) (Taisyklių 4.3.4 papunktis); gydytojo vizitus į namus (Taisyklių 4.3.5 papunktis); psichoterapinį gydymą, suteiktą gydytojo psichiatro, psichiatro-psichoterapeuto ar medicinos psichologo (iki 12 vienkartinų apsilankymų per draudimo sutarties galiojimo laikotarpį) (Taisyklių 4.3.6 papunktis); gydytojo paskirtas chirurgijos paslaugas (įskaitant neįtraukiant slaugą ir medicinos prietaisus): ambulatorinės chirurgijos paslaugas pagal Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerijos (toliau – SAM) patvirtintą galiojantį ambulatorinės chirurgijos paslaugų sąrašą (Taisyklių 4.3.7.1 papunktis); dienos chirurgijos paslaugas pagal SAM patvirtintą galiojantį dienos chirurgijos paslaugų sąrašą (Taisyklių 4.3.7.2 papunktis); gydytojo paskirtas dienos stacionaro paslaugas pagal SAM patvirtintą galiojantį dienos stacionaro paslaugų sąrašą (Taisyklių 4.3.8 papunktis).

Nagrinėjamu atveju šalių ginčas kyla dėl Taisyklių 4.3.3 papunktyje nurodytos pagal draudimo varianto „Ambulatorinis gydymas“ sąlygas apdraustajam suteiktų slaugytojų paslaugų (kurios gydytojo buvo paskirtos) išlaidų kompensavimo apimties. Draudikas, aiškindamas Taisyklių 4.3.3 papunkčio sąlygą, pabrėžė, kad šiame Taisyklių papunktyje aiškiai nurodyta, jog į pagal draudimo rizikos „Ambulatorinis gydymas“ sąlygas mokamą gydytojo paskirtos slaugytojos paslaugos – (*duomenys neskelbtini*) – išlaidas atlyginančią draudimo išmoką nėra įskaičiuojamos (*duomenys neskelbtini*) išlaidos.

Pareiškėja, nesutikdama su draudiko pateiktu Taisyklių sąlygų aiškinimu, nurodė, kad Taisyklių 4.3.4 papunkčio nuostata, jog pagal draudimo rizikos „Ambulatorinis gydymas“ sąlygas yra kompensuojamos išlaidos dėl gydytojo paskirtų slaugytojų paslaugų, apibrėžia tik „slaugytojų technines paslaugas – pvz., (*duomenys neskelbtini*)“. Tačiau Taisyklių 4.3.4 papunkčio sąlyga neturi būti suprantama kaip ribojanti apdraustojo teisę į draudimo išmokos, atlyginančios apdraustojo sveikatos sutrikimo gydymui (*duomenys neskelbtini*) išlaidas, išmokėjimą.

Pareiškėja taip pat nurodė, kad jai diagnozuotam sveikatos sutrikimui gydyti buvo paskirtas (*duomenys neskelbtini*), todėl draudiko sprendimas iš gydymui skirtos (*duomenys neskelbtini*) suleidimo paslaugos išskaičiuoti (*duomenys neskelbtini*) neatitinka Taisyklių sąlygų.

Vertinat pareiškėjos nurodytas aplinkybes, pažymėtina, kad Taisyklių 4.3.4 papunktyje yra aiškiai išskirta, kad pagal draudimo rizikos „Ambulatorinis gydymas“ sąlygas yra mokama draudimo išmoka tik dėl gydytojo apdraustojo sveikatos sutrikimui gydyti paskirtų slaugytojų paslaugų, į kurių sąrašą patenka ir (*duomenys neskelbtini*) paslauga. Minėtoje Taisyklių sąlygoje yra aiškiai detalizuota, kad yra mokama draudimo išmoka, atlyginanti tik gydytojo paskirtam apdraustojo sveikatos sutrikimo gydymui (*duomenys neskelbtini*) taikytos slaugytojo paslaugos – (*duomenys neskelbtini*) paslaugos – išlaidas, aiškiai nurodant, kad į šių išlaidų kompensavimo apimtį (*duomenys neskelbtini*) išlaidos nepatenka („be (*duomenys neskelbtini*) kainos“).

Todėl, lingvistškai aiškinant¹² Taisyklių 4.3.4 papunkčio sąlygą, darytina išvada, kad šios sąlygos gramatinė išraiška ir sąlygos turinys bei jo formuluotė aiškiai apibrėžia, kad į apdraustojo sveikatos sutrikimui gydyti gydytojo paskirtos slaugytojo paslaugos – (*duomenys neskelbtini*) – išlaidų kompensavimo apimtį nepatenka (*duomenys neskelbtini*) išlaidų kompensavimas. Taisyklių 4.3.4 papunkčio sąlygos lingvistinė išraiška yra aiški ir pagal draudimo sutarties sąlygos formuluotę bei išraiškos būdą nekyla abejonių dėl šios draudimo sutarties sąlygos turinio ir prasmės.

Sutiktina su draudiko pateiktu minėtos Taisyklių sąlygos aiškinimu, kad gydytojo paskirtų apdraustajam draudimo rizikos „Ambulatorinis gydymas“ draudžiamąjį įvykį sąlygas

¹² Kasacinio teismo praktikoje išaiškinta, kad, taikant lingvistinės analizės metodą, vertintinas sutarties nuostatų turinys, jų gramatinė išraiška, lingvistinė prasmė. Lietuvos Aukščiausiojo Teismo teisės aiškinimo ir taikymo praktikoje konstatuojama, kad, sprendžiant, ar sutarties sąlygos turinys ir formuluotė išdėstyti aiškiai, vertinama, ar esminės nuostatos yra išdėstytos suprantamai normalių gebėjimų asmeniui, ar sąlygos nuostata tiesiogiai suformuluota ir išreikšta taisyklėse, ar ne, ar reikšmingos nuostatos pateikiamos nuosekliai vienoje taisyklių dalyje, ar keliuose vietose ir dėl to apsunkina susipažinimą ir tinkamą turinio suvokimą (Lietuvos Aukščiausiojo Teismo 2025 m. balandžio 28 d. nutartis, priimta civilinėje byloje Nr. 3K-3-249-915/2015; 2017 m. vasario 17 d. nutartis, priimta civilinėje byloje Nr. 3K-3-38-378/2017).

atitinkančiam sveikatos sutrikimui gydyti (*duomenys neskelbtini*) išlaidas atlyginanti draudimo išmoka pagal minėtos draudimo rizikos draudimo apsaugos sąlygas nėra mokama. Pagal draudimo rizikos „Ambulatorinis gydymas“ draudimo apsaugos sąlygas yra kompensuojamos tik (*duomenys neskelbtini*) paslaugos išlaidos.

Pažymėtina, kad pareiškėja, ginčydama draudiko pateiktą Taisyklių 4.3.4 papunkčio sąlygos turinio ir prasmės aiškinimą, rėmėsi ir Taisyklių 4.5.7 papunkčiu, pagal kurį draudikas nemoka draudimo išmokos dėl grožio ir estetikos injekcijų. Tačiau draudimo rizikos „Ambulatorinis gydymas“ sąlygos aiškiai nustato, kad draudikas pagal šios draudimo rizikos sąlygas įsipareigojo išmokėti draudimo išmoką dėl apdraustojo susirgimo jam suteiktų Taisyklių 4.3 papunktyje išvardintų sveikatos priežiūros paslaugų. Taisyklių 4.5.7 papunktyje išvardintos į draudimo rizikos „Ambulatorinis gydymas“ draudimo apsaugą nepatenkančios grožio ir estetikos infekcijų leidimo paslaugos neturi būti suprantamos kaip detalizuojančios Taisyklių 4.3.4 papunkčio sąlygas dėl slaugytojų taikomos (*duomenys neskelbtini*) paslaugos. Atsižvelgiant į tai, nėra pagrindo vadovautis pareiškėjos pateiktu Taisyklių sąlygų aiškinimu, kad draudikas turi teisę atsisakyti mokėti draudimo išmoką tik už grožio ir estetikos preparatų leidimo¹³ paslaugas.

Pažymėtina ir tai, kad draudiko pateiktą Taisyklių 4.3.4 papunkčio sąlygos turinio ir prasmės aiškinimą patvirtina ir draudimo rizikų „Ambulatorinis gydymas“ ir „Vaistai ir medicinos pagalbos priemonės“ sąlygų sisteminis aiškinimas. Draudimo rizikos „Vaistai ir medicinos pagalbos priemonės“ sąlygos yra įtvirtintos Taisyklių 8 punkte, Taisyklių 8.1 papunktyje aiškiai nurodant, kad „šia draudimo rizika siekiama apsaugoti nuo galimų turtnių nuostolių, kai dėl draudžiamojo įvykio įsigijamos prekės, susijusios su *ambulatoriniu gydymu*“.

Aplinkybės, kad draudikas pagal draudimo rizikos „Vaistai ir medicinos pagalbos priemonės“ sąlygas įsipareigojo apdraustajam išmokėti tik dėl apdraustojo ūmios ar lėtinės ligos, taip pat traumos gydymo¹⁴ gydytojo skirtų vaistų ar medicinos pagalbos priemonių įsigijimo išlaidas atlyginančią draudimo išmoką, patvirtina ir Taisyklių 8.2 papunktis, apibrėžiantis draudimo rizikos „Vaistai ir medicinos pagalbos priemonės“ draudžiamąjį įvykį. Taisyklių 8.2 papunktyje nustatyta, kad pagal minėtą draudimo riziką draudžiamuoju įvykiu laikomas *sveikatos sutrikimas*¹⁵, dėl kurio reikalingos prekės¹⁶.

Taisyklių 8.3 papunktis nustato, kad draudimo rizikos „Vaistai ir medicinos pagalbos priemonės“ draudžiamojo įvykio atveju yra kompensuojami nuostoliai (išlaidos) už gydytojo recepte ar medicinos išrašė paskirtus vaistinius preparatus ir medicinos pagalbos priemones¹⁷, įsigytus vaistinėje arba asmens sveikatos priežiūros įstaigoje ir ortopedijos techninių prekių parduotuvėse įsigytas Ortopedinės technikos priemones.

Sutiktina su draudiko vertinimu, kad (*duomenys neskelbtini*) gydyti, įsigijimo išlaidos gali būti kompensuotos tik pagal draudimo rizikos „Vaistai ir medicinos pagalbos priemonės“ sąlygas. Atsižvelgiant į pareiškėjos draudikui adresuotose pretenzijose nurodytas aplinkybes, kad Taisyklėse nėra išimčių, pagal kurias (*duomenys neskelbtini*) išlaidas atlyginanti draudimo išmoka nėra mokama, sutiktina su nurodytais pareiškėjos argumentais. Tačiau, skirtingai, nei teigia pareiškėja, tokio pobūdžio išlaidas atlyginanti draudimo išmoka yra mokama ne pagal draudimo rizikos „Ambulatorinis gydymas“, tačiau pagal draudimo rizikos „Vaistai ir medicinos pagalbos priemonės“ sąlygas.

Atsižvelgiant į pareiškėjos nurodytas aplinkybes, kad Taisyklės tik numato draudimo išmokos dėl (*duomenys neskelbtini*) mokėjimo išimtis, taip pat papildomai pažymėtina, kad pareiškėja iš esmės rėmėsi Taisyklių 8.5.1 papunkčio sąlyga¹⁸, apibrėžiančia draudimo rizikos „Vaistai ir medicinos pagalbos priemonės“ draudimo apsaugos apimtį¹⁹.

¹³ Įskaitant šių (*duomenys neskelbtini*) išlaidų kompensavimą.

¹⁴ T. y. draudimo rizikai „Ambulatorinis gydymas“ priskiriamo draudžiamojo įvykio.

¹⁵ Kuris, kaip minėta, Taisyklių 1.14 papunktyje apibrėžiamas kaip gydytojo nustatyta ūmi liga arba trauma, dėl kurios apdraustasis išreiškė nusiskundimų ir kurią reikia diagnozuoti ar gydyti, arba diagnozuota lėtinė liga, dėl kurios gydytojas paskyrė periodinį sekimą.

¹⁶ Patenkančios į draudimo rizikos „Vaistai ir medicinos pagalbos priemonės“ draudimo apsaugą.

¹⁷ Taisyklių 1.10 papunktyje „medicinos pagalbos priemonės“ apibrėžiamos, kaip tvarsčiai, pleistrai, švirkštai, lašinių sistemos“.

¹⁸ Taisyklių 8.5.1 papunktyje nustatyta, kad pagal draudimo riziką „Vaistai ir medicinos pagalbos priemonės“ draudikas nekompensuoja išlaidų už vaistinius preparatus, neregistruotus Lietuvos Respublikos farmacijos įstatyme nustatyta tvarka.

¹⁹ T. y. pareiškėja nesirėmė draudimo rizikos „Ambulatorinis gydymas“ sąlygomis, kurių pagrindu ji draudikui kėlė reikalavimą perskaičiuoti draudimo išmoką.

Atsižvelgiant į pareiškėjos teiginius dėl maisto papildų įsigijimo išlaidas atlyginančios draudimo išmokos pagal Taisyklių sąlygas nemokėjimo, taip pat pažymėtina, kad Taisyklių 9 punktą nustato draudimo apsaugos draudimo rizikai „Vitaminai ir maisto papildai“ teikimo sąlygas²⁰. Pagal minėtos draudimo rizikos Taisyklių 9.3 papunkčio sąlygas draudimo išmoka yra mokama dėl apdraustojo įsigytų maisto papildų. Todėl nors maisto papildų įsigijimo išlaidas atlyginanti draudimo išmoka negalėtų būti mokama pagal draudimo rizikos „Ambulatorinis gydymas“ sąlygas, tačiau tokio pobūdžio išlaidas atlyginanti draudimo išmoka galėtų būti mokama pagal draudimo apsaugos draudimo rizikai „Vitaminai ir maisto papildai“ teikimo sąlygas, jei dėl tokios draudimo apsaugos teikimo buvo susitarta draudimo sutartyje.

Apibendrinant Lietuvos banko nustatytas aplinkybes dėl įvykiui pritaiktų Taisyklių sąlygų turinio ir prasmės aiškinimo, darytina išvada, kad pareiškėjos teiginiai dėl draudimo išmokos, atlyginančios neregistruotų vaistų įsigijimo išlaidas, taip pat nurodytos aplinkybės, kad pagal Taisyklių sąlygas draudimo apsauga yra neteikiama grožio bei estetikos injekcijų išlaidoms, nenuginčija draudiko Taisyklių sąlygomis pagrįsto Taisyklių papunkčio 4.3.4 sąlygos turinio ir prasmės aiškinimo bei šios Taisyklių sąlygos įvykiui taikymo. Taisyklių sąlygų formuluotė ir jų sisteminis aiškinimas patvirtina, kad draudikas tinkamai aiškina įvykiui pritaikytą Taisyklių papunkčio 4.3.4 sąlygą.

2. Dėl draudiko sprendimo pareiškėjai išmokėti (duomenys neskelbtini) paslaugos išlaidas atlyginančią draudimo išmoką pagrįstumo

Remiantis Draudimo sutartyje nustatytais sąlygomis, pažymėtina, kad Draudimo sutarties šalys susitarė dėl suteiktų į draudimo rizikos „Ambulatorinis gydymas“ draudimo apsaugą patenkančių paslaugų išmokėti 90 proc. sudarančią suteiktų paslaugų išlaidų dydžio draudimo išmoką.

Lietuvos bankui pateikti įrodymai patvirtina, kad draudikas, gavęs prašymą išmokėti pareiškėjai suteiktų medicinos paslaugų išlaidas atlyginančią draudimo išmoką, pareiškėjai išmokėjo 90 proc. sudarančią su draudiko partnere UAB „Rezus.lt“ suderintos (*duomenys neskelbtini*) paslaugos išlaidas atlyginančią draudimo išmoką (t. y. išmokėjo 27 Eur draudimo išmoką).

Draudikas pabrėžė, kad, remiantis kartu su prašymu nagrinėti ginčą pareiškėjos pateiktos UAB „Rezus.lt“ 2025 m. spalio 6 d. sudarytos sąskaitos faktūros duomenimis, buvo nustatyta, kad pareiškėja minėtoje sveikatos priežiūros įstaigoje sumokėjo 45 Eur už (*duomenys neskelbtini*), 50 Eur už „(*duomenys neskelbtini*)“ ir 182 Eur už „(*duomenys neskelbtini*)“.

Kadangi pareiškėjos patirtų (*duomenys neskelbtini*) išlaidų suma yra didesnė, nei draudiko, neviršijant draudimo apsaugos ribų, išmokėta 27 Eur pradinė draudimo išmoka, draudikas pareiškėjai papildomai išmokėjo 18 Eur draudimo išmoką²¹, kurią išmokėjus iš viso buvo atlyginta 45 Eur pareiškėjai suteiktos (*duomenys neskelbtini*) išlaidų dalis. Minėtų išlaidų dydis buvo nustatytas, pritaikius Draudimo sutartyje įtvirtintą apribojimą dėl 90 proc. sudarančios draudimo rizikos „Ambulatorinis gydymas“ paslaugų išlaidas atlyginančios draudimo išmokos mokėjimo.

Pareiškėja papildomuose paaiškinimuose prašė įvertinti tai, kad draudikas klaidingai apskaičiavo pradinę draudimo išmoką, vertinant draudikui keliamo reikalavimo mokėti visas pareiškėjos patirtas, su (*duomenys neskelbtini*) susijusias išlaidas atlyginančią draudimo išmoką pagrįstumą²². Tačiau neteisingo pradinės draudimo išmokos apskaičiavimo vertinimas nagrinėjamo ginčo atveju nėra teisiškai reikšmingas, nes tai nekeičia Taisyklių sąlygų taikymo teisinio vertinimo ir galutinio draudimo sprendimo.

Pažymėtina, kad mažesnės, nei pareiškėjos patirtos (*duomenys neskelbtini*) paslaugos išlaidos, draudimo išmokos mokėjimas negali pagrįsti, kad draudikui kyla pareiga pagal draudimo rizikos „Ambulatorinis gydymas“ sąlygas išmokėti ir (*duomenys neskelbtini*) įsigijimo išlaidas atlyginančią draudimo išmoką. Be to, Lietuvos bankui pateikti įrodymai patvirtina, kad draudikas,

²⁰ Draudimo išmoka pagal minėtas sąlygas yra mokama, jei draudimo sutarties šalys susitarė dėl draudimo apsaugos teikimo draudimo rizikai „Vitaminai ir maisto papildai“.

²¹ Draudikas Lietuvos bankui pateikė 2025 m. gruodžio 10 d. mokėjimo nurodymo kopiją, patvirtinančią 18 Eur pareiškėjai išmokėjimo aplinkybes.

²² T. y. išmokant ir vaistinio preparato įsigijimo išlaidas atlyginančią draudimo išmoką pagal draudimo varianto „Ambulatorinis gydymas“ sąlygas.

gavęs įrodymus apie pareiškėjos patirtą 50 Eur (*duomenys neskelbtini*) paslaugos išlaidų dydį, perskaičiavo draudimo išmoką, išmokėdamas pagal pateiktus įrodymus ir Draudimo sutarties sąlygas dėl šių pareiškėjos patirtų išlaidų pagrįsto dydžio draudimo išmoką.

Apibendrinant Lietuvos banko nustatytas aplinkybes, darytina išvada, kad draudiko sprendimas pareiškėjai išmokėti pagal Draudimo sutarties sąlygas apskaičiuotą 45 Eur (*duomenys neskelbtini*) išlaidų dalį atlyginančią draudimo išmoką yra pagrįstas ir atitinka Taisyklių sąlygas. Kaip pagrįstai nurodė draudikas, pareiškėjai (*duomenys neskelbtini*) išlaidas atlyginanti draudimo išmoka galėtų būti tik mokama pagal Draudimo sutartyje nustatytas draudimo rizikos „Vaistai ir medicinos pagalbos priemonės“ draudimo apsaugos sąlygas, pareiškėjai draudikui pateikus prašymą dėl nurodytos draudimo rizikos sąlygų taikymo. Tačiau pareiškėjos reikalavimas pagal draudimo rizikos „Ambulatorinis gydymas“ draudimo apsaugos sąlygas mokėti (*duomenys neskelbtini*) išlaidas atlyginančią draudimo išmoką 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 pareiškėjos 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