LIETUVOS BANKO TEISĖS IR LICENCIJAVIMO DEPARTAMENTO DIREKTORIUS

SPRENDIMAS DĖL X. X. IR *ERGO LIFE INSURANCE SE* GINČO NAGRINĖJIMO

2026-03-13 Nr. 429-71
Vilnius

Lietuvos bankas gavo X. X. (toliau – pareiškėja) kreipimąsi, kuriuo pareiškėja prašė išnagrinėti tarp jos ir *Ergo Life Insurance SE*, veikiančios Lietuvoje per įsteigtą filialą, (toliau – draudikas) kilusį ginčą.

N u s t a t y t a:

2025 m. liepos 1 d. – 2026 m. birželio 30 d. draudimo laikotarpiui tarp (*duomenys neskelbtini*) (toliau – draudėja) ir draudiko buvo sudaryta Darbuotojų sveikatos draudimo sutartis (draudimo liudijimo Nr. (*duomenys neskelbtini*) (toliau – Draudimo sutartis), kuria buvo apdrausti draudėjos darbuotojai, įskaitant ir pareiškėją. Draudimo sutartyje nurodyta, kad ji sudaryta Sveikatos draudimo taisyklių Nr. 010[1] (toliau – Taisyklės) pagrindu. Draudimo sutartyje taip pat nurodyta, kad Draudimo sutarčiai „galioja draudimo sąlygos, aprašytos Techninėje specifikacijoje[2]" (toliau – Specifikacija).

2025 m. lapkričio 14 d. pareiškėja draudikui pateikė prašymą mokėti draudimo išmoką, atlyginančią jos UAB Baltijos dermatologijos klinikoje patirtas medicinos paslaugų išlaidas. Draudikas, įvertinęs medicinos dokumentuose nurodytų pareiškėjos patirtų medicinos paslaugų išlaidų pobūdį, nustatė, kad pareiškėjai buvo nustatyta pagrindinė diagnozė „(*duomenys neskelbtini*)" (diagnozės kodas (*duomenys neskelbtini*) ir papildomos diagnozės: „(*duomenys neskelbtini*)" (kodas pagal (*duomenys neskelbtini*) bei „(*duomenys neskelbtini*)" (kodas pagal (*duomenys neskelbtini*). Pareiškėja sveikatos priežiūros įstaigoje patyrė 280 Eur medicinos paslaugų[3] išlaidų.

Draudikas 2025 m. lapkričio 14 d. raštu pareiškėją informavo apie sprendimą atsisakyti mokėti draudimo išmoką, nes, pagal Draudimo sutarties sąlygas, gydytojo konsultacijos dėl ligos „(*duomenys neskelbtini*)" ir dėl šios ligos gydymo apdraustojo patirtos išlaidos nepatenka į draudimo varianto „Ambulatorinis gydymas" draudimo apsaugą.

Pareiškėja, nesutikdama su draudiko sprendimu, 2025 m. lapkričio 17 d. kreipėsi į draudiką, nurodydama, kad pareiškėjos patirtoms gydytojo konsultacijos ir taikyto gydymo išlaidoms yra taikoma draudimo variantui „Ambulatorinis gydymas" priskirtina Specifikacijos 5.2.1.13 papunktyje įtvirtinta draudžiamojo įvykio sąlyga, nustatanti, kad draudimo išmoka yra mokama dėl (*duomenys neskelbtini*) diagnostikos ir gydymo. Draudikas atsižvelgė į pareiškėjos kreipimąsi, pakeitė sprendimą atsisakyti mokėti draudimo išmoką ir pareiškėjai išmokėjo 79 Eur draudimo išmoką.

Draudiko pareiškėjai išmokėta draudimo išmoka buvo apskaičiuota, vadovaujantis Draudimo sutartyje draudimo variantui „Ambulatorinis gydymas" taikomu draudimo išmokos limitu, ir atlygino pareiškėjai suteiktos gydytojo konsultacijos išlaidas[4]. Draudikas nurodė, kad atsisakė mokėti pareiškėjos patirtas 139 Eur „(*duomenys neskelbtini*)" gydymo išlaidas atlyginančią draudimo išmoką, nes šios ligos gydymo išlaidos nepatenka į Specifikacijoje

---

[1] 2020 m. birželio 1 d. draudimo taisyklių redakcija.
[2] Paslaugų pirkimo sutartyje, pasirašytoje 2025 m. gegužės 21 d. pagal pirkimų sutartį Nr. (*duomenys neskelbtini*).
[3] Gydytojo dermatologo konsultacijos dėl „(*duomenys neskelbtini*) diagnozavimo ir ligos „(*duomenys neskelbtini*)" gydymo išlaidas.
[4] Minėtos išlaidos buvo nustatytos, pritaikius Draudimo sutartyje nurodytą draudimo varianto „Ambulatorinis gydymas" limitą, kuris nustato, kad apdraustajam pagal minėto draudimo varianto sąlygas yra išmokama 80 procentų jo patirtų medicinos paslaugų išlaidas sudaranti draudimo išmoka. Kadangi pareiškėja patyrė 99 Eur gydytojo konsultacijos išlaidas, todėl 80 procentų šių išlaidų sudaro 79,20 Eur.

nurodytą pagal draudimo varianto „Ambulatorinis gydymas“ sąlygas kompensuotinų išlaidų sąrašą.

Pareiškėja, nesutikdama su draudiko sprendimu, kreipimesi į Lietuvos banką nurodė, kad Specifikacijoje nebuvo įtvirtintos sąlygos, pagal kurias draudimo išmoka, atlyginanti „(*duomenys neskelbtini*)“ gydymo išlaidas, pagal draudimo varianto „Ambulatorinis gydymas“ sąlygas yra nemokama. Specifikacijoje yra nurodyta, kad pagal šio draudimo varianto sąlygas yra mokama draudimo išmoka dėl kapiliarų ligų gydymo. Pareiškėja teigė, kad liga „(*duomenys neskelbtini*)“ jos buvo suprantama, kaip susijusi su (*duomenys neskelbtini*). Specialių medicinos žinių neturinčiam apdraustajam nėra visiškai aišku, kad „(*duomenys neskelbtini*)“ yra priskiriama odos ligoms, o ne į Specifikacijoje į draudimo varianto „Ambulatorinis gydymas“ draudimo apsaugos sąlygas patenkančioms kapiliarų ligoms, todėl pareiškėja nurodė, kad Specifikacijos sąlygos yra neaiškios.

Pareiškėja taip pat teigė, kad prieš sumokėdama už medicinos paslaugas buvo įsitikinusi, kad šios išlaidos patenka į draudimo varianto „Ambulatorinis gydymas“ draudimo apsaugą. Pareiškėjos teigimu, medicinos paslaugų išlaidos buvo patirtos dėl netinkamai suformuluotų sąlygų ir sukelto lūkesčio, kad bus teikiama platesnė draudimo apsauga. Remdamasi nurodytomis aplinkybėmis, pareiškėja draudikui kėlė reikalavimą išmokėti už ligos „(*duomenys neskelbtini*)“ gydymą patirtas išlaidas atlyginančią draudimo išmoką.

Draudikas atsiliepime dėl kilusio ginčo nurodė, kad Specifikacijoje yra aiškiai nurodyta, kokioms ligoms pagal draudimo varianto „Ambulatorinis gydymas“ sąlygas yra teikiama draudimo apsauga. Remiantis draudiko gydytojos ekspertės atliktu medicinos dokumentų ir pareiškėjai dėl nustatytos diagnozės taikyto gydymo pobūdžio vertinimu, buvo nustatyta, kad draudimo išmoka už pareiškėjai taikytą „(*duomenys neskelbtini*)“ gydymą pagal Draudimo sutarties sąlygas negali būti mokama.

Remdamasis nurodytomis aplinkybėmis, draudikas pabrėžė neturintis pagrindo tenkinti pareiškėjos reikalavimo kompensuoti visas jos patirtas medicinos paslaugų išlaidas pagal draudimo varianto „Ambulatorinis gydymas“ sąlygas.

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 ginčas kilo dėl draudiko sprendimo pagal draudimo varianto „Ambulatorinis gydymas“ sąlygas atsisakyti mokėti draudimo išmoką, atlyginančią pareiškėjos patirtas „(*duomenys neskelbtini*)“ gydymo išlaidas pagrįstumo.

Siekiant išnagrinėti tarp šalių kilusį ginčą, reikia įvertinti, ar draudikas tinkamai pritaikė ginčui aktualias Taisyklių sąlygas ir ar turėjo pagrindą atsisakyti išmokėti pareiškėjos reikalaujamą draudimo išmoką, sietiną su „(duomenys neskelbtini)“ gydymu.

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 turtiniams interesams) suteikiama apsauga – įsipareigojimas mokėti draudimo išmoką įvykus draudžiamajam įvykiui[5]. 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.

[5] Lietuvos Respublikos draudimo įstatymo 2 straipsnio 2 dalies 10 punktas.

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 reiškinys, su kuriuo įstatymas sieja teisinius padarinius, konkrečiai – draudiko pareigą išmokėti draudimo išmoką. Sutartyje nustatyti draudžiamieji ir nedraudžiamieji įvykiai apibrėžia draudiko prisiimamos rizikos mastą, draudimo sutarties 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 išmoką[6].

Taigi, draudiko prievolės išmokėti draudimo išmoką pagal įstatymuose nustatytą teisinį reglamentavimą ir draudimo sutartį atsiradimas siejamas su draudžiamojo įvykio fakto nustatymu ir nedraudžiamojo įvykio sąlygų nebuvimu (CK 6.987 straipsnis).

Nagrinėjamu atveju nėra šalių ginčo dėl Taisyklių ir Specifikacijos sąlygų pareiškėjai atskleidimo ir jų privalomumo, tačiau šalių ginčas kyla dėl skirtingo Draudimo sutartyje nurodytos draudimo apsaugos sąlygų aiškinimo ir taikymo.

Taisyklių 3.1 papunktyje nustatyta, kad draudžiamasis įvykis – draudimo sutartyje nurodytas atsitikimas, kuriam įvykus draudikas privalo mokėti draudimo išmoką. Draudimo sutartimi esančios Specifikacijos 1.1 papunktyje draudžiamasis įvykis apibrėžiamas kaip Specifikacijoje nurodytas atsitikimas, kuriam įvykus draudikas privalo mokėti draudimo išmoką.

Taisyklių 3.3.3.1 papunktyje nustatyta, kad pagal draudimo varianto „Ambulatorinis gydymas" sąlygas yra mokama draudimo išmoka, atlyginanti apdraustajam suteiktų paslaugų dėl sveikatos sutrikimo, traumos, ūmios ligos ar lėtinės ligos sekimo bei paūmėjimo išlaidas.

Taisyklių 3.3.3.1 papunktyje yra detalizuotos medicinos paslaugos, nurodant, kad į draudimo varianto „Ambulatorinis gydymas" apsaugos apimtį patenka „šeimos gydytojo konsultacijos sveikatos priežiūros įstaigoje ir vizitai į namus; kitų gydytojų specialistų konsultacijos, tyrimai; psichiatro, psichiatro-psichoterapeuto konsultacijos (iki 10 kartų per draudimo laikotarpį), gydytojui psichiatrui nustačius ligą ir paskyrus gydymą".

Taisyklių 3.1 papunkčio sąlygos, apibrėžiančios draudimo varianto „Ambulatorinis gydymas" paslaugų sampratą ir jų skyrimo priežastis, iš esmės yra pakartotos Specifikacijos 5.2 papunktyje.

Specifikacijos 5.2.1.13 papunktyje nustatyta, kad pagal draudimo varianto „Ambulatorinis gydymas" draudimo apsaugos sąlygas yra mokama draudimo išmoka, atlyginanti karpų, apgamų, papilomų, kandilomų, keratomų, moliuskų, odos gerybinių darinių, kraujagyslinių darinių diagnostika ir gydymas (įskaitant chirurginį ir (ar) lazerinį gydymą), jei tai ne estetinis-kosmetinis gydymas, išlaidas. Specifikacijos 5.2.1.15 papunktyje nurodyta, kad draudimo išmoka yra mokama dėl kapiliarų ligų ir venų varikozės diagnostikos ir gydymo bei lazerinio gydymo, esant medicininėms indikacijoms.

Draudikas, įvertinęs pareiškėjai taikyto gydymo pobūdį, nusprendė, kad gydytojas dermatologas pareiškėjai diagnozavo ligą „(*duomenys neskelbtini*)". Draudikas pabrėžė, kad „(*duomenys neskelbtini*)" yra (*duomenys neskelbtini*) liga ir ji nėra priskiriama prie Specifikacijos 5.2.1.13 papunktyje nurodytų odos ar kraujagyslinių darinių.

Pareiškėja, nesutikdama su draudiko vertinimu, nurodė, kad ji, kaip specialių medicinos žinių neturinti vartotoja, turėjo lūkestį, kad „(*duomenys neskelbtini*)" yra Specifikacijos 5.2.1.15 papunktyje nurodyta kapiliarų liga, o ne odos susirgimas. Todėl pareiškėja teigė, kad Specifikacijos sąlygos yra suformuluotos neaiškiai, nedetalizuojant diagnozių, kurioms teikiama draudimo apsauga pagal draudimo varianto „Ambulatorinis gydymas" sąlygas.

Pažymėtina, kad draudikui ir apdraustajam nesutariant dėl Draudimo sutarties 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

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

lingvistinę reikšmę, nes sutarties teksto lingvistinė analizė gali padėti nustatyti, kurios šalies ketinimai atitinka sutarties lingvistinę prasmę[7].

Lingvistiškai aiškinant Specifikacijos 5.2.1.13 ir 5.2.1.15 papunkčių sąlygas, pažymėtina, kad minėtose sąlygose nurodyta apdraustojo susirgimų, patenkančių į draudimo varianto „Ambulatorinis gydymas" draudimo apsaugos apimtį, samprata yra pateikta aiškiai, išvardinant odos darinius ir nurodant, kad dėl odos ar kapiliarų ligų diagnostikos ir gydymo draudimo išmoka yra mokama. Svarbu pažymėti, kad draudimo sutartinius teisinius santykius reglamentuojantys teisės aktai[8] neįpareigoja draudiko draudimo sutartyje išvardinti visas galimas apdraustojo diagnozes, kurioms pagal draudimo sutarties sąlygas yra teikiama draudimo apsauga. Todėl pareiškėja nepagrįstai teigia, kad Specifikacijoje nenurodžius, jog liga „(*duomenys neskelbtini*)" nepatenka į draudimo varianto „Ambulatorinis gydymas" draudimo apsaugą, Specifikacijos sąlygos turi būti vertinamos kaip neaiškios arba klaidinančios apdraustąjį.

Kaip minėta, savanoriškojo draudimo sutarties sudarymo atveju draudimo sutarties šalys gali susitarti, dėl kokių draudžiamųjų įvykių draudimo išmoka yra mokama, o kokiems įvykiams[9] draudimo apsauga nėra teikiama.

Nagrinėjamu atveju šalių ginčas iš esmės kyla dėl pareiškėjai nustatytos „(*duomenys neskelbtini*)" diagnozės medicininio vertinimo. Pareiškėja nenurodė, kad Specifikacijos 5.2.1.13 ir 5.2.1.15 papunkčiuose yra neaiškiai apibrėžtos odos darinių ir (ar) kraujagyslinių ar kapiliarinių susirgimų sąlygos. Pareiškėja tik teigė, kad jai, kaip vartotojai, nėra aišku, jog „(*duomenys neskelbtini*)" yra priskiriama odos susirgimams, o ne Specifikacijos 5.2.1.15 papunktyje nurodytoms kapiliarų ligoms. Pareiškėjos teigimu, pagal Specifikacijos sąlygų formuluotę jai buvo suformuotas lūkestis dėl platesnės draudimo apsaugos ir palankesnių Draudimo sutarties sąlygų.

Vertinant pareiškėjos nurodytas aplinkybes, negalima sutikti su pareiškėjos teiginiais, kad ji, kreipdamasi į sveikatos priežiūros įstaigą dėl galimų sveikatos sutrikimų diagnozavimo, galėjo turėti lūkestį, jog kreipiasi dėl galimo Specifikacijos 5.2.1.15 papunktyje nurodytų kapiliarų ligų gydymo. Lietuvos bankui pateikti įrodymai patvirtina, kad pareiškėja į sveikatos priežiūros įstaigą kreipėsi dėl (*duomenys neskelbtini*).

Net ir specialių medicinos žinių neturinčiam vidutinio protingo vartotojo standartą atitinkančiam apdraustajam turėtų būti suprantama, kad, kreipiantis į sveikatos priežiūros įstaigą dėl galimų odos ligų diagnozavimo, draudimo apsaugos dėl galimų medicinos paslaugų išlaidų teikimo vertinimui turėtų būti taikomas Specifikacijos 5.2.1.13 papunktis, aiškiai apibrėžiantis odos darinių, kuriems yra priskiriami ir odos kraujagysliniai dariniai, diagnozavimo (atliekamo gydytojo dermatologo) ir gydymo sąlygas.

Pažymėtina, kad pareiškėjos teiginius, jog ji, kreipdamasi į sveikatos priežiūros įstaigą, turėjo pagrįstą lūkestį, kad draudimo išmoka už jos patirtas išlaidas bus mokama pagal Specifikacijos 5.2.1.15 papunktyje nurodytas kapiliarų ligoms teikiamos draudimo apsaugos sąlygas, iš esmės paneigia duomenys, jog pareiškėja, nesutikdama su draudiko 2025 m. lapkričio 14 d. sprendimu atsisakyti išmokėti draudimo išmoką, rėmėsi aplinkybėmis, kad draudimo išmoka turi būti mokama pagal Specifikacijos 5.2.1.13 papunktyje nustatytas odos ligoms teikiamos draudimo apsaugos sąlygas.

Lietuvos bankui pateikti įrodymai patvirtina, kad pareiškėja, siekdama nustatyti, ar draudikas pagrįstai atsisakė mokėti draudimo išmoką už jai diagnozuotos ligos „(*duomenys neskelbtini*)" gydymą, kreipėsi į draudimo brokerių įmonės, tarpininkavusios sudarant Draudimo sutartį, darbuotoją, siekdama išsiaiškinti jos patirtoms medicinos išlaidos galimos draudimo apsaugos teikimo sąlygas. Draudimo brokerių įmonės darbuotoja, atsižvelgdama į draudiko pateiktus paaiškinimus, jog liga „(*duomenys neskelbtini*)" yra (*duomenys neskelbtini*) susirgimas, 2025 m. lapkričio 27 d. pareiškėjai pateiktame atsakyme nurodė, kad „(*duomenys neskelbtini*)" yra odos liga, o ne kapiliarų liga, todėl pareiškėjos patirtoms šios ligos gydymo išlaidoms negalėtų būti taikomos Specifikacijos 5.2.1.15 papunktyje nustatytos draudžiamojo įvykio sąlygos.

Svarbu pažymėti, kad pareiškėjos Lietuvos bankui pateikti susirašinėjimo su draudiko darbuotoja duomenys patvirtina, jog pareiškėja 2025 m. lapkričio 17 d. draudiko darbuotojai pateikė paaiškinimus, kad, jos vertinimu, į gydytoją (*duomenys neskelbtini*) buvo kreiptasi dėl

---

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

[8] Pvz., Lietuvos Respublikos draudimo įstatymas, CK.

[9] Pvz., apdraustojo susirgimams ar sveikatos būklės pakitimams.

odos darinių diagnozavimo ir gydymo. 2025 m. lapkričio 20 d. kreipimesi į draudiko darbuotoją pareiškėja nurodė naujas aplinkybes, kad liga „(*duomenys neskelbtini*)“ galėjo būti priskirta Specifikacijos 5.2.1.13 papunktyje nurodytiems kraujagysliniams dariniams[10]. Tačiau, 2025 m. lapkričio 27 d. gavusi draudimo brokerių įmonės paaiškinimus, jog liga „(*duomenys neskelbtini*)“ negali būti priskiriama Specifikacijos 5.2.1.15 papunktyje nurodytoms kapiliarų ligoms, pareiškėja kreipimesi į Lietuvos banką teigė, kad jai, kaip vartotojai, pagal Specifikacijos sąlygų formuluotę, kreipiantis į sveikatos priežiūros įstaigą, buvo suprantama, kad dėl ligos „(*duomenys neskelbtini*)“ gydymo bus taikomos Specifikacijos 5.2.1.15 papunktyje nurodytos kapiliarų ligoms taikomos draudimo apsaugos sąlygos.

Vertinant pareiškėjos nurodytus tarpusavyje prieštaraujančius paaiškinimus, pažymėtina, kad teismų praktikoje laikomasi pozicijos, kad pirminiai paaiškinimai pripažįstami objektyvesniais ir patikimesniais[11]. Todėl pareiškėjos draudikui nurodyta pozicija, kad draudimo išmoka dėl ligos „(*duomenys neskelbtini*)“ gydymo turi būti mokama pagal Specifikacijos 5.2.1.13 papunktyje įtvirtintas odos susirgimų gydymo sąlygas, yra pripažintina kaip labiau atitikusi tikruosius pareiškėjos lūkesčius ir supratimą, negu vėlesni pareiškėjos teiginiai apie Specifikacijos 5.2.1.15 papunkčio sąlygų pareiškėjos patirtoms šios ligos gydymo išlaidoms taikymą.

Be to, remiantis Specifikacijos 5.2.1.15 papunkčio sąlygos formuluote, pareiškėjai negalėjo būti suformuotas lūkestis, jog ši sąlyga yra taikoma odos ligų gydymui. Specifikacijos 5.2.1.15 papunktyje taip pat yra nurodytos venų verikozei taikomos draudimo apsaugos sąlygos, todėl, remiantis Specifikacijos 5.2.1.13 ir 5.2.1.13 papunkčiuose įtvirtintų sąlygų sisteminiu aiškinimu, pareiškėjai turėjo būti suprantama, kad odos ligų gydymui yra taikomos Specifikacijos 5.2.1.13 papunkčio sąlygos ir kad kapiliarų ligos negali būti priskiriamos apdraustojo odos ligoms, kurioms pagal draudimo varianto „Ambulatorinis gydymas“ sąlygas yra teikiama draudimo apsauga.

Kaip minėta, pareiškėja iki 2025 m. lapkričio 27 d. draudimo brokerių įmonės atsakymo gavimo nesirėmė aplinkybėmis, kad liga „(*duomenys neskelbtini*)“ yra priskiriama Specifikacijos 5.2.1.15 papunktyje nurodytoms kapiliarų ligoms, kurioms taip pat yra priskiriama ir venų varikozė. Todėl kritiškai vertintini pareiškėjos teiginiai, kad jau kreipiantis į sveikatos priežiūros įstaigą dėl gydytojo (*duomenys neskelbtini*) konsultacijos jai buvo suformuotas lūkestis, jog minėtos konsultacijos ir galimo odos ligų diagnozavimo bei jų gydymo išlaidoms bus teikiama Specifikacijos 5.2.1.15 papunktyje nurodytų susirgimų draudimo apsauga.

Be to, kaip minėta, remiantis pareiškėjos ginčijamų Specifikacijos sąlygų turinio ir prasmės aiškinimu, negalima teigti, kad šios sąlygos yra suformuluotos neaiškiai ir kad jų pobūdis lemia Draudimo sutarties teisių bei pareigų pusiausvyrą pareiškėjos, kaip vartotojos, nenaudai.

Draudikas, nesutikdamas su pareiškėjos teiginiais, kad apdraustajam pagal susirgimo „(*duomenys neskelbtini*)“ liga pobūdį ir Specifikacijos sąlygų formuluotę turėtų būti suprantama, kad šis susirgimas yra priskiriamas kapiliarų ligoms, taip pat pateikė ir draudiko gydytojos ekspertės Y. X. išvadą apie pareiškėjai diagnozuoto susirgimo pobūdį ir jo nepriskyrimą Specifikacijoje nurodytose draudimo varianto „Ambulatorinis gydymas“ draudimo apsaugos sąlygose išvardintiems susirgimams (toliau – Ekspertinė išvada).

Ekspertinėje išvadoje nurodyta, kad, atlikus draudikui pateiktų medicinos dokumentų duomenų vertinimą, nustatyta, kad pareiškėja į sveikatos priežiūros įstaigą kreipėsi dėl „(*duomenys neskelbtini*)“. Gydytojas (*duomenys neskelbtini*)“.

Ekspertinėje išvadoje pabrėžiama, kad „(*duomenys neskelbtini*).“

Ekspertinėje išvadoje, apibendrinus medicinos dokumentuose nurodytų duomenų vertinimą, konstatuojama, kad pareiškėją konsultavęs ir gydymą taikęs gydytojas (*duomenys neskelbtini*)“.

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 ir nedraudžiamojo įvykio požymiams.

[10] Kurie yra priskiriami apdraustojo odos ligoms.
[11] Vilniaus apygardos teismo nutartis, 2019 m. spalio 19 d. priimta civilinėje byloje Nr. e2A-1419-430/2019.

Pažymėtina, kad pareiškėja neginčijo draudiko gydytojo eksperto pateikto ligos „(*duomenys neskelbtini*)“ pobūdžio ir jo priskyrimo (*duomenys neskelbtini*) ligoms vertinimo. Kaip minėta, pareiškėja tik rėmėsi aplinkybėmis dėl neaiškios Specifikacijoje įtvirtintos vartojimo ginčui nagrinėti reikšmingų draudžiamųjų įvykių sąlygų formuluotės, tačiau nebuvo nustatyta, kad pareiškėjos ginčijamos Specifikacijos sąlygos yra neskaidrios ar galinčios klaidinti apdraustąjį. Be to, pareiškėjos prieštaringi teiginiai apie lūkesčio dėl platesnės draudimo apsaugos teikimo pagal Specifikacijos sąlygų formuluotę jai sukūrimo taip pat negali nugińčyti draudiko gydytojo eksperto atlikto pareiškėjai taikyto gydymo atitikties Specifikacijos 5.2.1.13 papunktyje įtvirtintoms draudžiamojo įvykio sąlygoms vertinimo.

Papildomai pažymėtina, kad pareiškėjos pateiktuose 2025 m. lapkričio 27 d. draudimo brokerių įmonės darbuotojos paaiškinimuose taip pat nurodyta, kad pagal prieš sudarant Draudimo sutartį apdraustiesiems (įskaitant ir pareiškėją) pasiūlytas Specifikacijos sąlygas draudikas turėjo pagrindą atsisakyti išmokėti draudimo išmoką. Remiantis draudimo brokerių įmonės, tarpininkavusios sudarant Draudimo sutartį, darbuotojos pareiškėjai pateiktais paaiškinimais, taip pat nebūtų pagrindo teigti, kad pagal Specifikacijos sąlygų formuluotę ir jų pareiškėjai atskleidimą pareiškėjai prieš Draudimo sutarties sudarymą galėjo būti suteikta klaidinanti informacija, kad Specifikacijos 5.2.1.15 papunkčio sąlygos yra taikomos ir apdraustojo odos ligų gydymui ir kad klaidinančios ikisutartinės informacijos pateikimo pagrindu pareiškėjai galėjo būti suformuotas lūkestis dėl platesnės draudimo apsaugos ir pareiškėjai palankesnių draudimo apsaugos sąlygų Specifikacijoje įtvirtinimo.

Apibendrinant Lietuvos banko nustatytas aplinkybes, darytina išvada, kad draudikas priėmė pagrįstą sprendimą pagal Draudimo sutarties sąlygas pareiškėjai išmokėti 79 Eur draudimo išmoką, atlyginančią tik dėl galimų odos ligų diagnozavimo jai suteiktos konsultacijos išlaidas, ir pagrįstai atsisakė išmokėti dėl ligos „(*duomenys neskelbtini*)“ gydymo pareiškėjos patirtas išlaidas, todėl pareiškėjos draudikui keliamas reikalavimas dėl šios ligos gydymo patirtas išlaidas atlyginančios draudimo išmokos mokėjimo yra atmestinas kaip nepagrįstas.

Remdamasis tuo, kas išdėstyta, ir vadovaudamasis Lietuvos Respublikos vartotojų teisių apsaugos įstatymo 27 straipsnio 1 dalies 3 punktu, Lietuvos banko valdybos 2012 m. sausio 26 d. nutarimo Nr. 03-23 „Dėl Vartotojų ir finansų rinkos dalyvių ginčų neteisminio sprendimo procedūros Lietuvos banke taisyklių patvirtinimo“ 2 punktu ir šiuo nutarimu patvirtintų Vartotojų ir finansų rinkos dalyvių ginčų neteisminio sprendimo procedūros Lietuvos banke taisyklių 59.3 papunkčiu, n u s p r e n d ž i u:

Atmesti 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