



**LIETUVOS BANKO
TEISĖS IR LICENCIJAVIMO DEPARTAMENTO
DIREKTORIUS**

**SPRENDIMAS
DĖL X. X. IR COMPENSA LIFE VIENNA INSURANCE GROUP SE NAGRINĖJIMO**

2026-06-12 Nr. 429-199
Vilnius

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

Sprendimo santrauka¹

Ginčas kilo dėl draudiko pateikto draudimo sutarties sąlygų, nustatančių apdraustojo (duomenys neskelbtini) diagnostikos ir gydymo išlaidoms teikiamos draudimo apsaugos apimtį, aiškinimo ir draudiko sprendimo atsisakyti išmokėti pareiškėjos patirtas 140 Eur konsultacijos išlaidas atlyginančią draudimo išmoką, pagrįstumo. Įvertinus ginčo šalių pateiktus paaiškinimus ir įrodymus, nustatyta, kad draudikas įrodymais ir draudimo sutarties šalių sutartomis draudimo sutarties sąlygomis pagrindė sprendimą atsisakyti išmokėti pareiškėjos reikalaujamą draudimo išmoką, todėl pareiškėjos reikalavimas atmetamas.

N u s t a t y t a:

Esminės faktinės kilusio ginčo aplinkybės

2025 m. gegužės 1 d. – 2026 m. balandžio 30 d. draudimo laikotarpiui tarp AB *Artea* banko (toliau – draudėja) ir draudiko buvo sudaryta Darbuotojų sveikatos draudimo sutartis Nr. (duomenys neskelbtini) (toliau – Draudimo sutartis), kuria buvo apdrausti pareiškėjos, kaip draudėjos darbuotojos, turtiniai interesai. Draudimo sutarties dalis yra Sveikatos draudimo taisyklės Nr. 010² (toliau – Taisyklės) ir Taisyklių priedas Nr. 1³. (toliau – Taisyklių priedas).

Pareiškėja draudikui pateikė prašymą mokėti draudimo išmoką, atlyginančią 2026 m. vasario 2 d. MB Inovatyvios dermatologijos centre patirtas išlaidas už gydytojo (duomenys neskelbtini) konsultaciją⁴ ir atliktą (duomenys neskelbtini) tyrimą⁵. Draudikas pagal Draudimo sutartimi apdrausto draudimo varianto „Ambulatorinis gydymas ir diagnostika“ sąlygas išmokėjo draudimo išmoką už pareiškėjai 2026 m. vasario 2 d. suteiktas medicinos paslaugas.

Draudikas pareiškėją papildomai 2026 m. vasario 9 d. raštu informavo, kad jai 2026 m. vasario 2 d. vizito metu diagnozuotos (duomenys neskelbtini) ligos gydymo arba dėl šios ligos suteiktos konsultacijos arba gydymo kontrolės (įskaitant ir konsultacijas dėl gydymo keitimo) išlaidos ateityje nebus kompensuojamos, nes pareiškėjai 2026 m. vasario 2 d. diagnozuota liga nepatenka į Draudimo sutartimi apdraustu draudimo variantu „Ambulatorinis gydymas ir diagnostika“ teikiamos draudimo apsaugos apimtį.

Pareiškėja draudikui pateikė prašymą pagal draudimo varianto „Ambulatorinis gydymas ir diagnostika“ sąlygas mokėti draudimo išmoką, atlyginančią jos patirtas 140 Eur išlaidas už 2026 m. vasario 17 d. MB „Lasermed“ suteiktą gydytojos (duomenys neskelbtini) konsultaciją (toliau – Konsultacija) (toliau – Įvykis). Pareiškėja nurodė, kad kreipėsi į kitą gydymo įstaigą,

¹ Santraukoje pateikiamas tik trumpas nagrinėto vartojimo ginčo apibendrinimas. Norint suprasti ir (ar) įvertinti sprendime aptariamas aplinkybes, sprendimo dėl šio ginčo esmės pagrindus ir motyvus, būtina tinkamai susipažinti su viso sprendimo turiniu.

² Galioja nuo 2024 m. balandžio 29 d.

³ Galioja nuo 2024 m. gruodžio 1 d.

⁴ 2024 m. gruodžio 1 d. redakcija.

⁵ 120 Eur.

⁶ 40 Eur.

siekdama gauti dar vieną diagnozės vertinimą ir įsitikinti pareiškėjai 2026 m. vasario 2 d. paskirto diagnozuotos (*duomenys neskelbtini*) ligos gydymo pagrįstumu.

Draudikas, remdamasis Draudimo sutarties sąlygomis, atsisakė pareiškėjai išmokėti jos patirtas 140 Eur Konsultacijos išlaidas atlyginančią draudimo išmoką. Draudikas pabrėžė, kad minėtas išlaidas atlyginanti draudimo išmoka galėtų būti mokama tik pagal draudimo varianto „Profilaktika“ sąlygas, tačiau šio draudimo varianto išlaidų limitas jau yra išnaudotas.

Ginčo reikalavimai

Išmokėti pareiškėjos patirtas 140 Eur išlaidas už 2026 m. vasario 17 d. MB „Lasermed“ suteiktą gydytojos (*duomenys neskelbtini*) konsultaciją atlyginančią draudimo išmoką.

Ginčo šalių pateikti paaiškinimai

Pareiškėja, nesutikdama su draudiko sprendimu atsisakyti išmokėti 140 Eur Konsultacijos išlaidas atlyginančią draudimo išmoką, nurodė, kad draudikas netinkamai aiškina Draudimo sutarties sąlygas. Pareiškėja pabrėžė, kad draudikas nepagrįstai gydytojo konsultaciją prilygino Taisyklių priedo 1.3.13 papunktyje nurodytam (*duomenys neskelbtini*) ligų gydymui. Pareiškėja nurodė, kad Taisyklių priede nėra apibrėžta draudžiamoji įvykio sąlyga ir nėra įtvirtinti kriterijai, pagal kuriuos būtų nustatyta, pagal kokias draudimo varianto „Ambulatorinis gydymas ir diagnostika“ sąlygas yra išmokama gydytojo konsultacijos išlaidas atlyginanti draudimo išmoka.

Pareiškėja teigė, kad „pagal bendrąją medicininę sampratą gydymas apibrėžiamas kaip ligų ar sutrikimų šalinimas arba simptomų malšinimas taikant medicininės priemonės, procedūras ar kitus aktyvius gydymo metodus. Tuo tarpu gydytojo specialisto konsultacija yra informacinio ir diagnostinio pobūdžio paslauga, nesudaro savaiminio gydymo veiksmo, nėra tapati gydymo taikymui.“ Pareiškėja pabrėžė, kad 2026 m. vasario 17 d. konsultacijoje gydytojas tik vertino pareiškėjos sveikatos būklę ir pateikė rekomendacijas dėl 2026 m. vasario 2 d. jai diagnozuotos (*duomenys neskelbtini*) ligos. Pareiškėjos teigimu, 2026 m. vasario 17 d. suteiktos medicinos paslaugos negali būti prilyginamos Taisyklių priedo 1.3.13 papunktyje nurodytam į nedraudžiamą įvykio sąlygas patenkančios ligos gydymui.

Pareiškėja nurodė, kad draudiko sprendimas išmokėti 2026 m. vasario 2 d. jai suteiktos gydytojo konsultacijos išlaidas atlyginančią draudimo išmoką patvirtina, kad, pagal Taisyklių priedo 1.3.13 papunkčio sąlygą, draudimo išmoka yra nemokama tik dėl šioje sąlygoje išvardintų (*duomenys neskelbtini*) ligų gydymo. Pareiškėja pabrėžė, kad draudiko 2026 m. vasario 9 d. raštu pateikta informacija, jog, išmokėjus draudimo išmoką, atlyginančią pareiškėjai 2026 m. vasario 2 d. suteiktų medicinos paslaugų išlaidas, toliau su šios ligos nustatymu susijusias kitas pareiškėjai suteiktų medicinos paslaugų išlaidas atlyginanti draudimo išmoka nebus mokama, negali pakeisti Taisyklių priedo 1.3.13 papunkčio sąlygos aiškinimo ir taikymo.

Taip pat pareiškėja pabrėžė, kad dėl papildomo 2026 m. vasario 17 d. diagnozuoto (*duomenys neskelbtini*) susirgimo vertinimo kreipėsi į kitos sveikatos priežiūros įstaigos gydytoją. Pareiškėjos teigimu, jos 2026 m. vasario 17 d. patirtos 140 Eur gydytojo konsultacijos išlaidos negali būti vertinamos kaip pareiškėjai suteiktos pakartotinės gydytojo konsultacijos ar pakartotinio vizito gydymo įstaigoje, kurioje pareiškėjai buvo diagnozuota (*duomenys neskelbtini*) liga, išlaidos. Pareiškėja taip pat nurodė, kad šios išlaidos neturi būti pripažįstamos 2026 m. vasario 2 d. pareiškėjai suteiktos gydytojo konsultacijos tąsa ar „nustatytos diagnozės gydymo kontrole“.

Pareiškėja pabrėžė, kad jos 2026 m. vasario 17 d. kreipimasis į sveikatos priežiūros įstaigą turi būti vertinamas kaip naujas kreipimasis dėl sveikatos priežiūros paslaugų. Kadangi Taisyklėse nėra aiškiai apibrėžta, kad gydytojo konsultacijos, susijusios su (*duomenys neskelbtini*) ligų gydymu, išlaidas atlyginanti draudimo išmoka nėra mokama, draudikas priėmė nepagrįstą sprendimą atsisakyti išmokėti pareiškėjos patirtas 140 Eur Konsultacijos išlaidas atlyginančią draudimo išmoką.

Draudikas, nesutikdamas su pareiškėjos nurodytomis aplinkybėmis, pabrėžė, kad visas sveikatos priežiūros paslaugų, suteiktų dėl jau apdraustajam diagnozuotos į draudimo varianto „Ambulatorinis gydymas ir diagnostika“ nedraudžiamųjų įvykių sąrašą patenkančios (*duomenys neskelbtini*) ligos, išlaidas atlyginanti draudimo išmoka nėra mokama. Draudikas nurodė, kad, išmokėdamas draudimo išmoką tik už (*duomenys neskelbtini*) ligai diagnozuoti būtinas pareiškėjai 2026 m. vasario 2 d. suteiktas medicinos paslaugas, tinkamai pritaikė Draudimo sutarties sąlygas.

Draudikas nurodė, kad, priešingai, nei teigia pareiškėja, „teisės aktai nepateikia konkretaus gydymo apibrėžimo, tačiau šios sąvokos taikymas aiškiai susijęs su skirtingais gydymo metodais“. Draudikas pabrėžė, kad Diagnostikos ir gydymo protokolų rengimo, peržiūrėjimo ir atnaujinimo tvarkos aprašo⁶ nuostatos išskiria pagrindinius gydymo metodus: medikamentinį, invazinį arba intervencinį gydymą, radioterapiją ir kt. Draudiko teigimu, „medikamentinio gydymo kitaip, nei konsultacijos metu skirti neįmanoma, ir tai niekaip nepriskiria tokios konsultacijos prie „diagnostinių“, jeigu pagal savo tikslą ji nukreipta į gydymą, o ne į atitinkamų priemonių naudojimą, siekiant nustatyti ligos diagnozę.“

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. Lietuvos bankas ginčo nagrinėjimo proceso metu neatlieka Lietuvos Respublikos Lietuvos banko įstatymo 42¹ straipsnyje reglamentuotų patikrinimų, skirtų faktinėms aplinkybėms, susijusioms su Lietuvos banko prižiūrimo finansų rinkos dalyvio galimu Lietuvos banko kompetencijai priskirtų teisės aktų reikalavimų pažeidimu, nustatyti ir įvertinti. Nagrinėdamas ginčą Lietuvos bankas atlieka pateiktų įrodymų vertinimą, kurio pagrindu priimamas sprendimas.

Teisinis vertinimas

*Siekiant išspręsti tarp pareiškėjos ir draudiko kilusį ginčą, Lietuvos banko vertinimu, būtina įvertinti: 1) **Draudimo sutarties sąlygų, nustatančių apdraustojo (duomenys neskelbtini) diagnostikos ir gydymo išlaidoms teikiamos draudimo apsaugos apimtį, turinį, prasmę bei aiškinimą ir 2) pareiškėjos patirtų 2026 m. vasario 17 d. gydytojo konsultacijos išlaidų atitiktį Taisyklių Priedo 1.3.13 papunkčio sąlygoms.***

1. *Dėl Draudimo sutarties sąlygų, nustatančių apdraustojo (duomenys neskelbtini) diagnostikos ir gydymo išlaidoms teikiamos draudimo apsaugos apimtį, turinio, prasmės bei jų aiškinimo*

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 turiniams interesams) suteikiama apsauga – įsipareigojimas mokėti draudimo išmoką įvykus draudžiamajam įvykiui⁷.

Taisyklių 1.1.24 papunktyje draudžiamasis įvykis apibrėžiamas, kaip sutartyje numatytas įvykis, kuriam įvykus sutartyje numatyta tvarka ir sąlygomis draudikas įsipareigoja sumokėti draudimo išmoką. Draudžiamuoju įvykiu gali būti pripažintas tik toks įvykis, kuris įvyko po sutarties įsigaliojimo ir draudimo apsaugos galiojimo metu bei kuris nėra nedraudžiamasis įvykis ir nėra priskirtas nekompensuojamoms išlaidoms pagal draudimo taisykles ir sutartį bei Specialiąsias sąlygas.

Taisyklių 1.1.39 papunktyje nekompensuojamos išlaidos apibrėžiamos kaip Sveikatos draudimo programoje nurodytos apdraustojo išlaidos, kurių draudikas pagal sutartį nekompensuoja net ir tais atvejais, kai jos patirtos dėl sveikatos sutrikimų.

Taisyklių 1.1.54 papunktyje sveikatos priežiūros paslauga apibrėžiama kaip sutartyje numatyta ir apdraustajam sveikatos priežiūros įstaigoje suteikta paslauga, priemonė ir (arba) prekė (pvz., vaistai, medicinos priemonės), kurios tikslas – diagnozuoti, prižiūrėti ir gydyti ligas

⁶ Patvirtinto 2014 m. gruodžio 2 d. Lietuvos Respublikos sveikatos ministro įsakymu Nr. V-1248.

⁷ Lietuvos Respublikos draudimo įstatymo 2 straipsnio 2 dalies 10 punktas.

bei sveikatos sutrikimus, užkirsti jiems kelią, padėti atgauti ir stiprinti sveikatą, taip pat užtikrinti patarnavimus bei materialinį asmens aprūpinimą, reikalingą sveikatai atstatyti ar pagerinti. Remiantis Taisyklių 1.1.40 papunkčio sąlygomis, į sveikatos priežiūros paslaugų sampratą patenka ir apdraustajam suteiktos konsultacijos⁸.

Taisyklių priedo 1.1 papunktyje yra pateikiamas draudimo varianto „Ambulatorinis gydymas ir diagnostika“ draudžiamąjį įvykių apibrėžimas, nurodant, kad draudžiamuoju įvykiu yra pripažįstamos apdraustajam dėl sveikatos sutrikimo (ūmios ligos, lėtinės ligos paūmėjimo ir jos sekimo, traumos) sveikatos priežiūros įstaigoje suteiktos toliau nurodomos draudiko kompensuojamos mediciniškai pagrįstos sveikatos priežiūros paslaugos ir dėl to patirtos išlaidos. Taisyklių priedo 1.2 papunktyje nustatyta, kad dėl draudžiamąjį įvykių yra kompensuojamos minėtame Taisyklių papunktyje nurodytos sveikatos priežiūros paslaugų išlaidos, išskyrus atvejus, nurodytus Taisyklių priedo 1.3 papunktyje. Taisyklių priedo 1.2.1 papunktyje nustatyta, kad, pagal draudimo varianto „Ambulatorinis gydymas ir diagnostika“ sąlygas, draudimo išmoka yra mokama dėl šeimos gydytojo, medicinos gydytojo ar gydytojo specialisto konsultacijos, įskaitant nuotoline konsultacijas, šeimos gydytojų vizitus į namus, išlaidų⁹.

Taisyklių priedo 1.3 papunktyje yra išvardintos medicinos paslaugos, nepatenkančios į pagal Taisyklių 1.2 papunkčio sąlygas apibrėžtų sveikatos priežiūros paslaugų, kurių išlaidas atlygina draudiko išmokama draudimo išmoka, apimtį. Taisyklių 1.3.13 papunktyje nustatyta, kad draudikas nekompensuoja visų išlaidų, kurios bet kokia apimtimi susijusios ar patirtos dėl dermatologinių ligų gydymo (kapiliarų ligų, pigmentacijos sutrikimų, raudonio, rozacea, aknės ir kt.); odos ir poodžio gerybinių navikų arba darinų gydymo (apgamų, karpų, papilomų, keratomų, moliuskų ir kt.).

Taisyklių Priedo 8.2.1 papunktyje nustatyta, kad pagal draudimo varianto „Profilaktika“ sąlygas yra mokama apdraustojo pageidavimu pasirinktos gydytojo konsultacijos, laboratorinių ir instrumentinių tyrimų išlaidas atlyginanti draudimo išmoka.

Pareiškėja, nesutikdama su draudiko sprendimu įvykiui pritaikyti Taisyklių priedo 1.3.13 papunkčio sąlygas, nurodė, kad pagal šias sąlygas gydytojo konsultacijos išlaidas atlyginanti draudimo išmoka turi būti mokama, nes minėtoje sąlygoje yra nurodyta, jog yra nemokama tik (*duomenys neskelbtini*) gydymo išlaidas atlyginanti draudimo išmoka.

Draudikas, nesutikdamas su pareiškėjos pateiktu Taisyklių priedo 1.3.13 papunkčio sąlygos aiškinimu, nurodė, kad jei apdraustasis kreipiasi į sveikatos priežiūros įstaigą dėl sveikatos priežiūros paslaugų, susijusių su minėtoje Taisyklių sąlygoje išvardintomis apdraustajam *diagnozuotomis (duomenys neskelbtini)* ligomis, tokių paslaugų išlaidas atlyginanti draudimo išmoka nėra nemokama. Draudikas pabrėžė, kad Taisyklių priedo 1.3.13 papunkčio sąlygoje nurodytos dėl (*duomenys neskelbtini*) ligų gydymo patirtos ar su šiuo gydymu susijusios sveikatos priežiūros paslaugų išlaidos, vadovaujantis Taisyklių 1.1.54 sąlygomis, turi būti suprantamos kaip bet kokių suteiktų medicinos paslaugų, t. y. taip pat ir gydytojo konsultacijos, išlaidos.

Draudikas, pateikdamas Taisyklių priedo 1.2 papunktyje įtvirtintų sąlygų, nustatančių draudimo išmokos pagal draudimo varianto „Ambulatorinis gydymas ir diagnostika“ sąlygas mokėjimo kriterijus, aiškinimą, nurodė, kad pagal šias sąlygas yra mokama draudimo išmoka dėl galimo apdraustojo sveikatos sutrikimo diagnozavimo¹⁰. Pagal minėto draudimo varianto draudimo apsaugos sąlygas yra mokama draudimo išmoka, atlyginanti ir dėl į nedraudžiamąjį įvykių sąrašą patenkančio sveikatos sutrikimo diagnozavimo apdraustojo patirtas išlaidas.

⁸ Taisyklių 1.1.40 papunktyje yra pateiktas apdraustajam suteikiamų nuotolinių konsultacijų apibrėžimas: tokioms konsultacijoms yra priskiriamos *sveikatos priežiūros paslaugos*, kurios ryšio priemonėmis teikiamos apdraustajam fiziškai nedalyvaujant.

⁹ Pažymėtina, kad Taisyklių 1.2.1.1–1.2.3.2 papunkčiuose nustatyta, kad į draudimo varianto „Ambulatorinis gydymas ir diagnostika“ draudimo apsaugos apimtį patenka plastinės ir rekonstrukcinės chirurgijos gydytojo konsultacijos dėl kaulų ir raumenų sistemos ligų gydymo, psichinės sveikatos paslaugos (iki 12 vizitų per draudimo laikotarpį), paslaugos, susijusios su burnos chirurgo ar veido ir žandikaulio chirurgo paslaugų teikimu. Taisyklių priedo 1.2.4 ir 1.2.4.2 papunkčiai įtvirtina, kad draudikas moka draudimo išmoką, atlyginančią apdraustajam atliktų klinikinių laboratorinių: hematologinių, kraujo krešėjimo, imunologinių, biocheminių, citologinių, mikrobiologinių, infekcinių serologinių, instrumentinių, funkcinių, radiologinių: rentgenologinių, ultragarsinių, endoskopinių, kompiuterinės tomografijos, angiografijos, branduolinio magnetinio rezonanso, pozitronų emisijos tyrimų išlaidas. Taisyklių priedo 1.2.5–1.2.8 papunkčiuose nustatyta, kad draudikas moka draudimo išmoką, atlyginančią apdraustajam suteiktų slaugytojų paslaugų, ambulatorinės chirurgijos paslaugų, sienos stacionaro paslaugų ir dienos chirurgijos paslaugų išlaidas.

¹⁰ T. y. turi būti mokama draudimo išmoka dėl apdraustajam pagal medicines indikacijas suteiktų sveikatos priežiūros paslaugų, kurios buvo būtinos, siekiant diagnozuoti galimą apdraustojo sveikatos sutrikimą.

Draudikas pabrėžė, kad jei apdraustasis kreipiasi į sveikatos priežiūros įstaigą dėl konsultacijos, susijusios su jau diagnozuotu į draudimo varianto „Ambulatorinis gydymas ir diagnostika“ nedraudžiamųjų įvykių sąrašą patenkančiu sveikatos sutrikimu, minėtos konsultacijos išlaidas atlyginanti draudimo išmoka gali būti mokama tik pagal draudimo varianto „Profilaktika“ sąlygas.

Remiantis CK 6.193–6.195 straipsniuose įtvirtintomis bendrosiomis sutarčių aiškinimo taisyklėmis ir kasacinio teismo suformuota minėtų taisyklių aiškinimo ir taikymo praktika, 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.

Esminiai sutarčių aiškinimo principai (nagrinėti tikruosius sutarties šalių ketinimus ir aiškinti sutartį sąžiningai) lemia būtinybę aiškinant sutarties sąlygas atsižvelgti į sutarties šalių elgesį, jų subjektyvią nuomonę dėl sutarties sąlygų turinio ir tai, kaip buvo suvokiamos sąlygos sudarant sutartį. Dėl to reikšminga CK 6.193 straipsnio 5 dalyje nustatyta bendroji taisyklė, kad sutarties aiškinimui svarbu ir faktinės aplinkybės, susijusios su sutarties vykdymu, kitokiais šalių veiksmais, nes faktiniai šalių veiksmai reikšmingi siekiant nustatyti tikruosius šalių ketinimus¹¹.

Remiantis Taisyklių 1.1.40 ir 1.1.54 papunkčių, taip pat Taisyklių priedo 1.1, 1.3 1.3.13 papunkčių sąlygų sisteminiu aiškinimu, darytina išvada, kad draudikas apdraustajam nemoka draudimo išmokos dėl su Taisyklių priedo 1.1.13 papunktyje nurodytos diagnozuotos (*duomenys neskelbtini*) gydymu susijusių ar dėl šios ligos gydymo patirtų sveikatos priežiūros įstaigoje suteiktų paslaugų.

Kaip minėta, į sveikatos priežiūros paslaugų apimtį patenka ir gydytojo konsultacijos, todėl sutiktina su draudiko pateiktu Taisyklių ir Taisyklių priedo sąlygų aiškinimu, pagal kurį draudimo išmoka yra mokama dėl apdraustajam suteiktų medicinos paslaugų, kurios, remiantis apdraustojo sveikatos būklės medicininėmis indikacijomis, buvo būtinos galimam apdraustojo sveikatos sutrikimui nustatyti (diagnozuoti). Tokiu atveju draudimo išmoka, atlyginanti apdraustajam suteiktos gydytojo konsultacijos ir atliktų medicinos tyrimų išlaidas, yra mokama net ir tuo atveju, jei yra nustatoma į Taisyklių priede įtvirtintą draudimo varianto „Ambulatorinis gydymas ir diagnostika“ nedraudžiamųjų įvykių sąrašą patenkanti liga.

Taisyklių ir Taisyklių priedo sąlygų sisteminis aiškinimas taip pat patvirtina draudiko pateiktą vertinimą, kad jei sveikatos priežiūros paslaugos (įskaitant ir gydytojo konsultaciją) yra suteikiamos dėl apdraustajam jau diagnozuotos ligos, kuri patenka į draudimo varianto „Ambulatorinis gydymas ir diagnostika“ nedraudžiamųjų įvykių sąrašą, tokių paslaugų išlaidas atlyginanti draudimo išmoka nėra mokama. Jei apdraustajam suteiktos sveikatos priežiūros paslaugos yra susijusios su į minėtą nedraudžiamųjų įvykių sąrašą nepatenkančių ligų gydymu, draudikas pagal draudimo varianto „Ambulatorinis gydymas ir diagnostika“ draudimo apsaugos sąlygas turi pareigą išmokėti ir gydytojo konsultacijos dėl diagnozuoto į draudžiamųjų įvykių apimtį patenkančio sveikatos sutrikimo gydymo apdraustojo patirtas išlaidas atlyginančią draudimo išmoką.

Vertinant įvykiui pritaikytų Taisyklių ir Taisyklių priedo sąlygų turinį, formuluotę, gramatinę išraišką ir jų lingvistinę prasmę, pažymėtina, kad Taisyklių priedo 1.3 ir 1.3.13 papunkčiuose yra aiškiai nustatyta, kad nekompensuojamos išlaidos turi būti susijusios arba jos turi būti patirtos dėl Taisyklių priedo 1.3.13 papunktyje išvardintų (*duomenys neskelbtini*) ligų gydymo. Minėtose sąlygose nėra nurodyta, kad draudimo išmoka yra nemokama tik dėl išvardintų ligų gydymo. Draudikas pagal Taisyklių priedo 1.3.13 papunkčio sąlygą neteikia draudimo apsaugos dėl su diagnozuotų (*duomenys neskelbtini*) ligų gydymu susijusių ar dėl gydymo suteiktų sveikatos priežiūros paslaugų.

Kadangi pagal Taisyklių ir Taisyklių priedo sąlygų sisteminį aiškinimą „nekompensuojamos išlaidos“ turi būti suprantamos kaip visos sveikatos priežiūros paslaugų išlaidos, į kurias patenka ir gydytojo konsultacijos išlaidos, aiškinant Taisyklių priedo 1.3.13 papunkčio sąlygos turinį ir prasmę, darytina išvada, kad dėl su diagnozuotų (*duomenys neskelbtini*) gydymu susijusias gydytojo konsultacijos ar dėl (*duomenys neskelbtini*) ligų gydymo suteiktų gydytojo paslaugų

¹¹ Lietuvos Aukščiausiojo Teismo 2018 m. vasario 7 d. nutartis, priimta civilinėje byloje Nr. e3K-3-9-695/2018; 2012 m. liepos 12 d. nutartis, priimta civilinėje byloje Nr. 3K-3-357/2012.

išlaidas atlyginanti draudimo išmoka pagal draudimo varianto „Ambulatorinis gydymas ir diagnostika“ sąlygas yra nemokama.

Kaip minėta, sprendžiant, ar standartinių draudimo sutarties sąlygų formuluotė yra aiški ir ar pagal minėtas sąlygas draudėjui arba apdraustajam negalėjo būti suformuotas lūkestis dėl jam palankesnių sąlygų taikymo, yra reikšmingos ir aplinkybės dėl draudimo sutarties vykdymo metu draudiko pateikto sutarties sąlygų aiškinimo.

Lietuvos bankui pateikti įrodymai patvirtina, kad pareiškėjai 2026 m. vasario 9 d. adresuotu draudiko elektroniniu laišku buvo labai aiškiai išaiškintos draudimo išmokų dėl (*duomenys neskelbtini*) diagnostikos ir gydymo išlaidų mokėjimo sąlygos. Draudikas minėtame laiške nurodė, kad pagal draudimo varianto „Ambulatorinis gydymas ir diagnostika“ sąlygas gali būti tik mokama draudimo išmoka, atlyginanti „gydytojo konsultacijos ir diagnostikos dėl (*duomenys neskelbtini*) ligos nustatymo“ išlaidas. Tačiau „tolimesnis nustatytos (*duomenys neskelbtini*) ligos gydymas ir dėl to patirtos išlaidos, įskaitant gydytojo konsultacijas dėl ligos gydymo ir gydymo kontrolės ar gydymo keitimo, negalės būti dengiamos ir draudimo programos „Ambulatorinis gydymas ir diagnostika“.

Svarbu pažymėti, kad, sprendžiant dėl draudimo išmokos, atlyginančios su dermatologinės ligos nustatymu ar gydymu susijusias išlaidas, mokėjimo, esminiu kriterijumi pripažįstami duomenys, ar ši liga apdraustajam jau yra diagnozuota, ar apdraustasis tik kreipėsi į sveikatos priežiūros įstaigą dėl pasireiškusių simptomų, susijusių su minėta liga. Jei apdraustasis yra tik tiriamas ir konsultuojamas dėl galimo (*duomenys neskelbtini*) susirgimo, tokiu atveju, net ir nustačius į nedraudžiamųjų įvykių sąrašą patenkančią ligą, draudikas įsipareigojo apdraustajam išmokėti sveikatos priežiūros paslaugų išlaidas atlyginančią draudimo išmoką.

Atsižvelgiant į tai, pažymėtina, kad pareiškėjos nurodytos aplinkybės, kad ji kreipėsi į kitą gydymo įstaigą, siekdama gauti alternatyvią nuomonę dėl diagnozuoto (*duomenys neskelbtini*) susirgimo gydymo efektyvumo, nepaneigia draudiko pateikto teikiamos draudimo apsaugos apimtį vertinimo. Aplinkybių, kad Konsultacijos paslaugos nebuvo 2026 m. vasario 2 d. suteiktos kaip pirminės konsultacijos tąsa ir kad tai nebuvo pakartotinis kreipimasis į tą pačią sveikatos priežiūros įstaigą, vertinimas yra teisiškai nereikšmingas, vertinant, ar 2024 m. vasario 17 d. gydytojo konsultacijos išlaidas atlyginanti draudimo išmoka pagal Taisyklių priedo 1.3.13 papunkčio sąlygas gali būti mokama.

Remiantis Taisyklių priedo 1.3.13 papunkčio sąlygos prieš Draudimo sutarties sudarymą pareiškėjai atskleidimo ir jos išaiškinimo Draudimo sutarties vykdymo metu aplinkybėmis, nėra pagrindo sutikti su pareiškėjos teiginiais, kad vien tik su minėtoje sąlygoje nurodytų ligų gydymu susijusios apdraustojos patirtos išlaidos nepatenka į draudimo apsaugą. Taip pat nėra pagrindo pagrįstais pripažinti pareiškėjos teiginių, kad draudikas pagal Taisyklių ir Taisyklių priedo sąlygas įsipareigojo apdraustajam mokėti draudimo išmoką, atlyginančią dėl į draudimo varianto „Ambulatorinis gydymas ir diagnostika“ nedraudžiamųjų įvykių sąlygas patenkančios jam diagnozuotos ligos gydymo suteiktų gydytojo konsultacijos išlaidas.

2. Dėl pareiškėjos patirtų išlaidų už 2026 m. vasario 17 d. gydytojo konsultaciją atitikties Taisyklių Priedo 1.3.13 papunkčio sąlygoms

2026 m. vasario 2 d. MB Inovatyvios dermatologijos centro parengtame Ambulatorinio apsilankymo aprašyme nurodyta, kad pareiškėja į sveikatos priežiūros įstaigą atvyko (*duomenys neskelbtini*), kurie vargina ilgą laiką. Pareiškėjai buvo nustatytos diagnozės (*duomenys neskelbtini*) ir skirtas gydymas.

Draudikas, vadovaudamasis draudimo varianto „Ambulatorinis gydymas ir diagnostika“ sąlygomis, pareiškėjai išmokėjo su (*duomenys neskelbtini*) diagnozavimu susijusias suteiktos gydytojo konsultacijos ir atlikto medicinos tyrimo išlaidas atlyginančią draudimo išmoką, dėl jos mokėjimo ir dydžio šalių ginčo nėra.

2026 m. vasario 17 d. MB „Lasermed“ Ambulatorinio apsilankymo aprašymo „Nusiskundimų ir anamnezės“ skylyje nurodyta: „(*duomenys neskelbtini*).“

Šalių ginčo nėra, kad pareiškėja 2026 m. vasario 17 d. į MB „Lasermed“ kreipėsi dėl konsultacijos, susijusios su jai 2026 m. vasario 2 d. diagnozuotos (*duomenys neskelbtini*) gydymu. Kaip minėta, Taisyklių priedo 1.3.13 papunkčio sąlygos nuostatos ir kitų Taisyklių priedo ir Taisyklių sąlygų sisteminis aiškinimas patvirtina, kad dėl jau diagnozuotos (*duomenys*

neskelbtini) gydymo apdraustajam suteiktos gydytojo konsultacijos išlaidas atlyginanti draudimo išmoka nėra mokama.

Draudikas pagrįstai vertino, kad, remiantis Taisyklių Priedo 8.2.1 papunkčiu, pareiškėjos patirtas 2026 m. vasario 17 d. gydytojo konsultacijos išlaidas atlyginanti draudimo išmoka galėtų būti mokama tik pagal draudimo varianto „Profilaktika“ sąlygas¹². Pareiškėja neginčijo draudiko nurodytų aplinkybių, kad šio draudimo varianto išlaidų limitas jau yra išnaudotas. Priešingai, pareiškėja draudikui reikalavimą išmokėti jos patirtas 140 Eur Konsultacijos išlaidas atlyginančią draudimo išmoką kėlė, vadovaudamasi draudimo varianto „Ambulatorinis gydymas ir diagnostika“ draudimo apsaugos sąlygomis. Taigi, nėra pagrindo teigti, kad draudiko atliktas Įvykio požymių atitikties Draudimo sutartimi pareiškėjai teikiamos draudimo apsaugos sąlygoms vertinimas yra nepagrįstas.

Išvada

Draudikas tinkamai aiškino ir Įvykiui pritaikė Taisyklių priedo 1.3.13 papunkčio sąlygas, todėl pareiškėjos draudikui keliamas reikalavimas kompensuoti 140 Eur už Konsultaciją yra atmestinas kaip nepagrįstas.

Šiame sprendime dėl esminių šalių išdėstytų argumentų ir nurodytų aplinkybių pasisakyta. Kiti šalių argumentai ir (arba) nurodytos aplinkybės neturi esminės reikšmės Lietuvos banko sprendimo teisėtumui ir pagrįstumui, todėl dėl jų Lietuvos bankas plačiau nepasisako. Lietuvos banko pareiga priimti motyvuotą sprendimą neturėtų būti suprantama kaip reikalavimas detaliam atsakyti į kiekvieną šalių argumentą ir (ar) teiginį¹³.

Remdamasi tuo, kas išdėstyta, ir vadovaudamasi 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 Lietuvos banko 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.

Licencijavimo skyriaus vadovė,
pavaduojanti departamento direktorių

Agnė Kazlauskienė

¹² Kaip minėta, remiantis Taisyklių Priedo 8.2.1 papunkčio nuostatomis, draudimo išmoka yra mokama dėl visų (t. y. ir į draudimo varianto „Ambulatorinis gydymas ir diagnostika“ nedraudžiamųjų įvykių apimtį patenkančių) apdraustojo pasirinktų jam suteiktų sveikatos priežiūros paslaugų išlaidų.

¹³ Lietuvos Aukščiausiojo Teismo 2010 m. spalio 5 d. nutartis, priimta civilinėje byloje Nr. 3K-3-382/2010; 2010 m. gruodžio 20 d. nutartis civilinėje byloje Nr. 3K-3-536/2010 ir kt.