



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ



Αρμόδια: Βασιλική Μπόλου
Βοηθός Συνήγορος του Καταναλωτή

Χειρίστρια: Θεοδώρα Παπαδημητρίου
Ειδική Επιστήμονας
Ηλεκτρον. Διεύθυνση: th_papad@synigoroskatanaloti.gr

Αθήνα, 1 Νοεμβρίου 2007
Αριθ. Πρωτ.:

ΠΡΟΣ:

1. Α ΚΑΤΑΓΓΕΛΛΟΜΕΝΗ (ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΗ ΕΤΑΙΡΙΑ)
2. Β ΚΑΤΑΓΓΕΛΛΩΝ (ΛΗΠΤΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ)

ΚΟΙΝ:

Γ (ΔΙΚΑΙΟΥΧΟΣ ΑΣΦΑΛΙΣΜΑΤΟΣ)

ΕΓΓΡΑΦΗ ΣΥΣΤΑΣΗ — ΠΟΡΙΣΜΑ
(Άρθρο 4 § 5 ν. 3297/2004)

Στο πλαίσιο των αρμοδιοτήτων μας, κατ'άρθρο 4 § 5 ν. 3297/2004 (ΦΕΚ Α' 259/23.12.2004) με σκοπό τη συναινετική επίλυση της διαφοράς που ανέκυψε, κατόπιν της από 15.12.2006 (αριθ. πρωτ. εισερχ.) αναφοράς, μεταξύ του εν λόγω Β ασφαλισμένου-καταναλωτή και της Α (ΚΑΤΑΓΓΕΛΛΟΜΕΝΗΣ) ασφαλιστικής εταιρίας σας αποστέλλουμε την παρούσα για να σας γνωρίσουμε τα κάτωθι:

Κατόπιν ενδελεχούς ελέγχου του φακέλου της υπό κρίση διαφοράς και μετά τη συνάντηση προς επίτευξη συμβιβασμού που έλαβε χώρα στα γραφεία της Αρχής, την 04.04.2007, καθώς και από τις μεταγενέστερες της προσπάθειας επίτευξης συμβιβασμού τοποθετήσεις και των δύο πλευρών για το ίδιο θέμα, διαπιστώνουμε τα ακόλουθα:

Α. ΙΣΤΟΡΙΚΟ

Η Ανεξάρτητη Αρχή «Συνήγορος του Καταναλωτή» δέχθηκε, την από 15.12.2006 (αριθ. πρωτ. εισερχ.) αναφορά του Β (ΚΑΤΑΓΓΕΛΛΟΝΤΑ).

Με το υπ' αριθμ. πρωτ. /18.01.2007 έγγραφο της Αρχής διαβιβάστηκε προς την Α η παραπάνω αναφορά και της ζητήθηκε να εκθέσει τις απόψεις της επί των αναφερομένων σε αυτήν.

Ελλείψει ανταπόκρισης από την πλευρά της Α στο ως άνω έγγραφο, στάλθηκε το υπ' αριθμ. πρωτ. /15.02.2007 υπομνηστικό έγγραφο της Αρχής προς την εταιρία.

Με το από 14.03.2007 (με αριθ. πρωτ. εισερχομένου) έγγραφό της η Α εξέθεσε τις απόψεις της.

Με το από 21.03.2007 (αριθμ. πρωτ.) έγγραφο κλήθηκαν τα εμπλεκόμενα μέρη για την επίτευξη συμβιβασμού την 4^η Απριλίου 2007, ημέρα Μ. Τετάρτη και ώρα 10:00 π.μ. στα γραφεία της Αρχής.

Με τα υπ' αριθμ. πρωτ. εισερχ. και το συμπληρωματικό αυτού μεταγενέστερα της απόπειρας συμβιβασμού έγγραφα η Α διατύπωσε συμπληρωματικά τις απόψεις της επί του υποβληθέντος αιτήματος.

Με τα υπ' αριθμ. πρωτ. εισερχ., και μεταγενέστερα της απόπειρας συμβιβασμού έγγραφα ο Β διατύπωσε συμπληρωματικά τις απόψεις του.

Στην ως άνω έγγραφη αναφορά του ο ασφαλισμένος-καταναλωτής κάνει λόγο για αντισυμβατική άρνηση κάλυψης πραγματοποιηθέντων εξόδων νοσηλείας της κόρης του Γ ως καλυπτόμενου μέλους από το ασφαλιστήριο συμβόλαιο ζωής του με παραρτηματική κάλυψη την πρόσθετη ασφάλιση εξόδων νοσοκομειακής περίθαλψης και εξόδων εξωνοσοκομειακών διαγνωστικών εξετάσεων (Παράρτημα Δ' του ασφαλιστηρίου), καθώς και για μη έγκαιρη ενημέρωσή τους σχετικά με το ασφαλιστικά καλυπτόμενο ή μη της νοσηλείας και των επεμβάσεων πριν την πραγματοποίησή τους.

Κατά τη μελέτη της υπό κρίση καταναλωτικής διαφοράς και για την έκδοση της παρούσας σύστασης-πορίσματος, λήφθηκαν κυρίως υπόψη τα κατωτέρω στοιχεία:

1) Το άρθρο 3 παρ. 1 εδ.α' του ν. 3297/2004 βάσει του οποίου «*1. Ο Συνήγορος του Καταναλωτή είναι αρμόδιος για την εξώδικη επίλυση διαφορών μεταξύ προμηθευτών και καταναλωτών ή ενώσεων καταναλωτών, όπως οι έννοιες των προμηθευτών και των καταναλωτών ή των ενώσεών τους ορίζονται κάθε φορά στο Νόμο. (...)*».

2) Το ασφαλιστήριο συμβόλαιο ζωής του ως άνω ασφαλισμένου-καταναλωτή και ειδικότερα το Παράρτημα Δ' του ασφαλιστηρίου ζωής, που αφορά πρόσθετη ασφάλιση εξόδων νοσοκομειακής περίθαλψης και εξόδων εξωνοσοκομειακών διαγνωστικών εξετάσεων.

3) Η από 15.12.2006 (αριθ. πρωτ. εισερχ.) αναφορά του Β και τα συνοδευτικά αυτής έγγραφα.

4) Η από 14.03.2007 (με αριθ. πρωτ. εισερχομένου) επιστολή τής Α με την οποία εξέθεσε τις απόψεις της επί της υποβληθείσας αναφοράς, καθώς και τα συνημμένα σε αυτήν έγγραφα.

5) Τα με αριθμ. πρωτ. εισερχ. /03.01.2007, /27.02.2007, /22.03.2007 και /03.04.2007 συμπληρωματικά στοιχεία και απόψεις του Β.

6) Η άκαρπη προσπάθεια συναινετικής επίλυσης της υπόθεσης και επίτευξης συμβιβασμού στα γραφεία του Συνηγόρου του Καταναλωτή την 4^η Απριλίου 2007 παρουσία των ενδιαφερόμενων μερών, σε συνάντηση και συζήτηση που έλαβε χώρα, σύμφωνα με την αρχή της εκατέρωθεν ακροάσεως.

7) Οι από 20.04.2007 και 23.04.2007 (με αριθ. πρωτ. εισερχομένου και αντίστοιχα) μεταγενέστερες της προσπάθειας συμβιβασμού απαντήσεις της Α στο αίτημα αποζημίωσης.

8) Οι με αριθ. πρωτ. εισερχομένου /24.04.2007, /08.05.2007 και /04.06.2007 μεταγενέστερες της προσπάθειας συμβιβασμού απόψεις και απαντήσεις του Β.

B. ΝΟΜΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ

Οι εκατέρωθεν υποχρεώσεις και τα δικαιώματα των συμβαλλομένων ρυθμίζονται από την ασφαλιστική σύμβαση, η οποία διέπεται αφενός από τα στοιχεία του ασφαλιστηρίου (που περιέχει τα εξατομικευμένα στοιχεία της σύμβασης) και αφετέρου από τους εκ των προτέρων, χωρίς διαπραγμάτευση, συντεταγμένους Γενικούς ή Ειδικούς έντυπους ασφαλιστικούς όρους, που ορίζουν τις προϋποθέσεις με τις οποίες παρέχεται η κάλυψη από τον συγκεκριμένο ασφαλιστή. Σε κάθε περίπτωση, η ασφαλιστική σύμβαση διέπεται από τις διατάξεις του Ασφαλιστικού Νόμου (Ν. 2496/1997), που εισήγαγε ένα ειδικό προστατευτικό πλέγμα ημιαναγκαστικού δικαίου διατάξεων υπέρ του λήπτη της ασφάλισης και του ασφαλισμένου και οι ρυθμίσεις του οποίου μόνο σε ορισμένες περιπτώσεις μπορούν έγκυρα να τροποποιηθούν στην κατεύθυνση περιορισμού των δικαιωμάτων των ασφαλισμένων με τους γενικούς και ειδικούς ασφαλιστικούς όρους¹. Η ασφαλιστική σύμβαση ερμηνεύεται όπως κάθε σύμβαση, πλην όμως, επειδή η θέση του λήπτη της ασφάλισης και του ασφαλισμένου είναι ασθενέστερη, οι όροι της σύμβασης πρέπει να λαμβάνουν υπόψη τα εύλογα συμφέροντά του και τούτο είναι μονομερής υποχρέωση που έχει ο ασφαλιστής κατά νομοθετική επιταγή (αρθ.2 παρ. 8 ΑσφΝ)². Ο Αστικός Κώδικας εφαρμόζεται συμπληρωματικά προς τον ΑσφΝ, εφόσον το δικαίο της ασφαλιστικής σύμβασης σε καμία περίπτωση δεν είναι ανεξάρτητο από το γενικό δικαίο των συμβάσεων³.

Η αρχή της ελευθερίας των συμβάσεων, θεμελιώδης αρχή του ενοχικού δικαίου, διέπει την κατάρτιση και το περιεχόμενο των συμβάσεων, καθιερώνεται δε με τη διάταξη του άρθρου 361 ΑΚ. Κάμψη της αρχής της ελευθερίας των συμβάσεων αποτελούν—μεταξύ άλλων—οι λεγόμενες «συμβάσεις προσχώρησης». Πρόκειται για συμβάσεις, κύριο χαρακτηριστικό των οποίων είναι ο καθορισμός του περιεχομένου

¹ βλ. Ιωάννη Κ. Ρόκα, *Ιδιωτική Ασφάλιση* εκδ.2005, σελ. 159 και 174

² βλ. Ιωάννη Κ. Ρόκα, *ό.π.*, σελ.111, σημ. 6

³ βλ. Ιωάννη Κ. Ρόκα, *ό.π.*, σελ. 64 επ.

τους από τον ένα συμβαλλόμενο, που κατά κανόνα είναι ο ισχυρότερος, ενώ ο αντισυμβαλλόμενος στερείται της ελευθερίας διαμόρφωσης του περιεχομένου της σύμβασης. Στις παραπάνω περιπτώσεις προβάλλει έντονη η ανάγκη προστασίας του ασθενέστερου συμβαλλόμενου από τον κίνδυνο της υπέρμετρης επιβάρυνσης της θέσης του και της ανατροπής της διαπραγματευτικής του ελευθερίας. Προς την κατεύθυνση της προστασίας των καταναλωτών από καταχρηστικούς συμβατικούς όρους εκδόθηκε η κοινοτική Οδηγία 93/13/ΕΟΚ «σχετικά με τις καταχρηστικές ρήτρες των συμβάσεων που συνάπτονται με καταναλωτές», ενώ το ελληνικό δίκαιο προσαρμογής περιλαμβάνεται στο άρθρο 2 του ν. 2251/94, όπως αυτός ισχύει⁴.

Οι ασφαλιστικοί όροι για να είναι λοιπόν έγκυροι πρέπει να μην αντιβαίνουν σε νομοθετικές διατάξεις αναγκαστικού δικαίου, να λαμβάνουν υπόψη τα εύλογα συμφέροντα του λήπτη της ασφάλισης και των ασφαλισμένων, να είναι διαφανείς με την έννοια της σαφήνειας ως προς το τι κάλυψη και με ποιές προϋποθέσεις παρέχεται και ως προς το πώς ακριβώς πρέπει να είναι η συμπεριφορά του λήπτη και, προ πάντων, να μην είναι καταχρηστικοί. Επίσης, οι εννοιολογικά διφορούμενοι όροι ή δεν θα εφαρμοστούν ή θα εφαρμοστούν με τη δυσμενέστερη για τον ασφαλιστή εκδοχή⁵.

Σε περίπτωση παραβίασης της υποχρέωσης που έχει ο ασφαλιστής να συντάσσει με σαφήνεια όλους τους όρους της ασφαλιστικής σύμβασης, τότε η ερμηνεία γίνεται σύμφωνα με την καλή πίστη και τα συναλλακτικά ήθη (άρθ. 200 ΑΚ), αν, όμως δεν υπάρχει ασάφεια, δεν επιτρέπεται κατά τη νομολογία ερμηνεία προς ανεύρεση της βούλησης των συμβαλλομένων⁶.

Γ. ΥΠΑΓΩΓΗ ΤΗΣ ΥΠΟ ΚΡΙΣΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ

Σύμφωνα με τα διαλαμβανόμενα στην υπό εξέταση αναφορά, ο Β είναι ασφαλισμένος με το υπ' αριθμ. συμβόλαιο ζωής στην εταιρία Α (εφεξής η Εταιρία) από τον Οκτώβριο του 2004. Με το Παράρτημα Δ' του εν λόγω ασφαλιστηρίου συμφωνήθηκε η πρόσθετη ασφάλιση εξόδων νοσοκομειακής περίθαλψης (Κάλυψη Ι) και εξόδων εξωνοσοκομειακών διαγνωστικών εξετάσεων (Κάλυψη ΙΙ). Καλυπτόμενο δε μέλος από την εν λόγω ασφάλιση ήταν η κόρη του Β, Γ.

Σύμφωνα με το Ν.2251/1994, άρθρο 1 § 4, (όπως αυτός ίσχυε πριν από την τροποποίησή του με το Ν.3587/2007, που ισχύει από 10.07.2007 και δεν έχει εφαρμογή στην παρούσα υπόθεση):

«(...) 4. Κατά την έννοια αυτού του νόμου:

α) Καταναλωτής είναι κάθε φυσικό ή νομικό πρόσωπο για το οποίο προορίζονται τα προϊόντα ή οι υπηρεσίες που προσφέρονται στην αγορά ή το οποίο κάνει χρήση τέτοιων προϊόντων ή υπηρεσιών, εφόσον αποτελεί τον τελικό αποδέκτη τους. Καταναλωτής είναι και κάθε αποδέκτης του διαφημιστικού μηνύματος.

β) Προμηθευτής είναι κάθε φυσικό ή νομικό πρόσωπο που, κατά την άσκηση της επαγγελματικής ή επιχειρηματικής του δραστηριότητάς, προμηθεύει προϊόντα ή παρέχει

⁴ βλ. Ιωάννη Κ.Καράκωστα, Δίκαιο Προστασίας του Καταναλωτή (Ν.2251/94), έκδοση 2004, σελ. 80-81

⁵ βλ. Ιωάννη Κ. Ρόκα, ό.π., σελ. 156 επ.

⁶ βλ. Ιωάννη Κ. Ρόκα, ό.π., σελ. 160.

υπηρεσίες στον καταναλωτή. Προμηθευτής είναι και ο διαφημιζόμενος. Προμηθευτής είναι επίσης και ο παραγωγός ως προς την ευθύνη του για ελαττωματικά προϊόντα».

Η κρίση για τον «τελικό αποδέκτη» των υπηρεσιών είναι δύσκολη⁷. Από τις διατάξεις των άρθρων 1 παρ. 1, 2 και 5 παρ. 2 εδ. β' του ν. 2496/1997 που αφορά «την ασφαλιστική σύμβαση, τροποποιήσεις της νομοθεσίας για την ιδιωτική ασφάλιση και άλλες διατάξεις», συνάγεται ότι με την ασφαλιστική σύμβαση ο συμβαλλόμενος ασφαλιστής αναλαμβάνει την υποχρέωση να καταβάλει έναντι ασφαλιστρού στο συμβαλλόμενο λήπτη της ασφάλισης ή σε τρίτο το ασφάλισμα, δηλαδή την αποζημίωση έως το τυχόν συμφωνημένο ανώτατο όριο (ασφαλιστικό ποσό), όταν επέλθει ο ζημιογόνος κίνδυνος, από τον οποίο συμφωνήθηκε να εξαρτάται η υποχρέωσή του (ασφαλιστικός κίνδυνος ή ασφαλιστική περίπτωση), κατά την τυχόν συμφωνημένη διάρκεια της ασφαλιστικής κάλυψης⁸. Εδώ πρέπει να επισημανθεί ότι στη διάταξη του άρθρ. 1 παρ. 1 του ίδιου νόμου χρησιμοποιείται ο διεθνώς δόκιμος όρος «λήπτης της ασφάλισης» αντί του όρου «ασφαλισμένος» που χρησιμοποιεί ο ΕμπΝ, αφού το πρόσωπο που συμβάλλεται με τον ασφαλιστή μπορεί να μην είναι ο ίδιος ασφαλισμένος. Για να καλυφθεί δε και αυτή η περίπτωση, αντί του περιγραφικού «προσώπου του ενεργούντος την ασφάλιση» που χρησιμοποιεί ο ΕμπΝ (άρθρ. 203) και του αόριστου όρου «αντισυμβαλλόμενος» προτιμήθηκε ο πιο πάνω όρος του «λήπτη της ασφάλισης» (βλ. Εισηγ. Εκθεση του ως άνω νόμου)⁹.

Από άποψη εσωτερικής λειτουργίας της ασφαλιστικής σύμβασης, των υποχρεώσεων των συμβαλλομένων και του τρόπου υπολογισμού της παροχής του ασφαλιστή, η ασφάλιση διακρίνεται σε ασφάλιση ζημιών και ασφάλιση ποσού, κατά δε τον ΑσφΝ και το νόμο για την επιχείρηση ιδιωτικής ασφάλισης, σε ασφάλιση κατά ζημιών και ασφάλιση προσώπων. Στην πρώτη περίπτωση, ο ασφαλιστής αναλαμβάνει την αποκατάσταση της ζημίας του ασφαλισμένου, ενώ στη δεύτερη την υποχρέωση να πληρώσει ορισμένο ποσό εφάπαξ ή σε περιοδικές προσόδους ή να αποκαταστήσει τη συγκεκριμένη οικονομική ζημία που προήλθε εξαιτίας ασθένειας ή ατυχήματος του ασφαλισμένου. Ειδικότερα, στην ασφάλιση προσώπων ένα ασφαλιστήριο μπορεί να περιλαμβάνει περισσότερα φυσικά πρόσωπα, η διάρκεια ή τα συμβάντα της ζωής των οποίων έχουν συνδεθεί συμβατικά με την υποχρέωση του ασφαλιστή για ασφάλισμα. Στην περίπτωση αυτή έχουμε να κάνουμε με περισσότερους ασφαλισμένους σε μια ασφάλιση προσώπων, με την οποία ιδρύονται περισσότερες ασφαλιστικές σχέσεις, έτσι ώστε να υπάρχουν απέναντι στον ασφαλιστή ένας αντισυμβαλλόμενος και πολλοί ασφαλισμένοι¹⁰. Υπό την έννοια αυτή το ασφαλιστήριο συμβόλαιο που καταρτίστηκε μεταξύ της Εταιρίας και του Β, με το οποίο συμφωνήθηκε η ασφάλιση ζωής και πρόσθετων καλύψεων του Β και της κόρης του ως καλυπτόμενου μέλους αποτελεί —ως προς την τελευταία— ασφάλιση για λογαριασμό¹¹, ενόψει και των αντιλήψεων των συναλλασσομένων περί αυτής (της ασφαλιστικής σύμβασης) και των εξυπηρετούμενων με αυτή οικονομικών και κοινωνικών αναγκών¹². Η ασφάλιση για λογαριασμό αποτελεί γνήσια σύμβαση υπέρ τρίτου, που διέπεται από τα άρθρα 410 επ. ΑΚ, καθ' ό μέρος δεν τροποποιούνται από ειδικές διατάξεις του ν. 2496/1997. Σ' αυτή μετέχουν κατά κανόνα τρία πρόσωπα, ο ασφαλιστής, ο ασφαλισμένος και ο

⁷ Βλ. Ιωάννη Κ. Καράκωστα, ό.π., σελ.72· Ευάγγελο Περάκη, «Η έννοια του «καταναλωτή» κατά το νέο νόμο 2251/1994», ΔΕΕ 1995, σελ.33-34.

⁸ Βλ. ΑΠ 8/05 ΕΕμπΔ 2005, 75.

⁹ Βλ. ΕφΠειρ 705/2005 ΕΕμπΔ 2006, 370.

¹⁰ Βλ. υποσημείωση αρ.9.

¹¹ Βλ. Ιωάννη Κ. Ρόκα, ό.π., σελ. 141 επ.

¹² Βλ. ΕφΑθ 6044/2002 ΔΕΕ 2003, 311.

λήπτης της ασφάλισης (αντισυμβαλλόμενος), ο οποίος μπορεί να συνάψει ασφάλιση για λογαριασμό άλλου (του ασφαλισμένου), που είτε κατονομάζεται είτε δεν κατονομάζεται στη σύμβαση (άρθρ. 9 παρ.1 ΑσφΝ). Αυτός δεν ενεργεί ως αντιπρόσωπος του ασφαλισμένου, αφού εδώ έχουμε ειδική ρύθμιση, διάφορη της αντιπροσωπείας του ΑΚ, αλλά στο όνομά του, γι' αυτό και στο πρόσωπό του κρίνεται η ικανότητα δικαιοπραξίας, ο δόλος, η πλάνη, η συμφωνία με τον ασφαλιστή, ενώ βαρύνεται παράλληλα με τα διάφορα καθήκοντα, όπως το καθήκον πληρωμής του ασφαλιστή, το καθήκον αποφυγής ή μείωσης της ζημίας κλπ. (πρβλ. άρθρ. 9 παρ. 2 εδ. α' ν. 2496/97). Ο ασφαλισμένος δεν είναι μεν αντισυμβαλλόμενος του ασφαλιστή, αλλά είναι ο δικαιούχος του ασφαλίματος, το πρόσωπο, δηλ. που ορίστηκε στην ασφαλιστική σύμβαση ότι πλήττεται από την πραγματοποίηση του ασφαλιστικού κινδύνου. Ο προσδιορισμός του ως άνω δικαιούχου έχει σημασία, γιατί μόνον αυτός νομιμοποιείται να ζητήσει την πληρωμή του ασφαλίματος και να ασκήσει τη σχετική αγωγή κατά του ασφαλιστή. Αν ο ασφαλισμένος δεν είναι ο ίδιος με το λήπτη της ασφάλισης, ο τελευταίος μπορεί να ασκήσει αγωγή με αίτημα την καταβολή στον ασφαλισμένο¹³. Επομένως, εφόσον στη γνήσια σύμβαση υπέρ τρίτου ο δέκτης της υποσχέσεως (ο Β στην συγκεκριμένη υπόθεση) είναι αντισυμβαλλόμενος, ο οποίος αφενός αναλαμβάνει υποχρεώσεις (π.χ. να εκπληρώσει την ανταποδοτική —εν προκειμένω την καταβολή του ασφαλιστή) και αφετέρου αποκτά το δικαίωμα να απαιτήσει από τον υποσχεθέντα (ασφαλιστική εταιρία) την καταβολή προς τον τρίτο (καλυπτόμενο μέλος Γ), ο δε υποσχεθείς υποχρεούται απέναντι του τρίτου μόνο από τη σύμβαση που κατήρτισε με το δέκτη της υπόσχεσης¹⁴, αβίαστα προκύπτει στην εν θέματι περίπτωση ότι ο Β έχει την ιδιότητα του καταναλωτή, το δε αίτημά του για κάλυψη των εξόδων νοσηλείας της ασφαλισμένης κόρης του εκ μέρους της ασφαλιστικής εταιρίας —με καταβολή βεβαίως προς αυτήν ως δικαιούχο του ασφαλίματος— συνιστά καταναλωτική διαφορά αρμοδιότητας της Αρχής¹⁵.

Την 23.06.2006 ημέρα Παρασκευή με βάση ενημερωτικό σημείωμα νοσηλείας σχετικά με το είδος της επέμβασης που επρόκειτο να λάβει χώρα συντεταγμένο από τον θεράποντα ιατρό της κόρης του, ο οποίος έχει την ιδιότητα του Διευθυντή της Ωτορινολαρυγγολογικής κλινικής του συμβεβλημένου με την Εταιρία θεραπευτηρίου «.....», έγινε αναγγελία περιστατικού με άγνωστη ημερομηνία εισαγωγής στο γραφείο της Εταιρίας, που στεγάζεται εντός του θεραπευτηρίου. Συγκεκριμένα, αιτία εισαγωγής, σύμφωνα με το ενημερωτικό σημείωμα του θεράποντος ιατρού ήταν το «μόρφωμα ρινός», η δε προβλεπόμενη θεραπευτική προσπέλαση ήταν «αφαίρεση μορφώματος-βιοψία» με προβλεπόμενο/απαιτούμενο χρόνο νοσηλείας για την εκτέλεση των απαιτούμενων ιατρικών ενεργειών : «O.D.C.» (One Day Clinic), δηλαδή ολιγόωρη παραμονή στο νοσοκομείο, με τοπική αναισθησία χωρίς εισαγωγή για νοσηλεία. Επί αυτής της βάσεως δόθηκε τελικά προέγκριση εντός της ημέρας ως προς την ύπαρξη ασφαλιστικής κάλυψης των σχετικών εξόδων για τους λόγους που δηλώθηκαν.

Στη συνέχεια, σύμφωνα με την επισυναπτόμενη στην αναφορά του από 28.07.2006 επιστολή του ίδιου του Β προς την Εταιρία, κατά τον προεγχειρητικό έλεγχο που ακολούθησε διαπιστώθηκε σοβαρότερο πρόβλημα και ο χειρουργός έκρινε ότι θα έπρεπε να γίνει κανονικό χειρουργείο τη Δευτέρα 26.06.2006.

¹³ Βλ. Ιωάννη Κ. Ρόκα, ό.π., σελ. 142-144 · υποσημείωση αρ. 9.

¹⁴ Βλ. Γεωργιάδη-Σταθόπουλου ΑΣΤΙΚΟΣ ΚΩΔΙΞ, ΤΟΜΟΣ II ΓΕΝΙΚΟ ΕΝΟΧΙΚΟ, σελ. 428-429.

¹⁵ Βλ. άρθρο 3 Ν. 3297/2004.

Πράγματι, την 26.06.2006, ημέρα Δευτέρα, η κόρη του Β εισήχθη στο συμβεβλημένο με την Εταιρία θεραπευτήριο «.....» **για ήδη προγραμματισμένη**, όπως προκύπτει από τα παραπάνω παρατιθέμενα στοιχεία, εγχείρηση και νοσηλεία. Πριν από την εισαγωγή, σύμφωνα με τη δήλωση του Β, έγινε αναγγελία του περιστατικού στο γραφείο της Εταιρίας, που στεγάζεται εντός του θεραπευτηρίου, και υποβλήθηκε το ενημερωτικό σημείωμα του θεράποντος ιατρού σχετικά με το είδος της επέμβασης που επρόκειτο να λάβει χώρα, προκειμένου να χορηγηθεί προέγκριση ως προς την ύπαρξη ασφαλιστικής κάλυψης για τους λόγους αυτούς. Στο σημείο αυτό πρέπει, ωστόσο, να σημειωθεί ότι η παραπάνω δήλωση (δηλαδή ότι η αναγγελία έγινε πριν την εισαγωγή) έρχεται σε αντίφαση και με τα ως άνω διαλαμβανόμενα περί ήδη προγραμματισμένης εγχείρησης και με το ίδιο το έντυπο αναγγελίας περιστατικού της Εταιρίας, όπου αναφέρεται συγκεκριμένη ημερομηνία και ώρα εισόδου στο νοσοκομείο για την πραγματοποίηση της συγκεκριμένης νοσηλείας (8:30 π.μ. της 26.06.2006). Αιτία εισαγωγής, σύμφωνα με το ενημερωτικό σημείωμα του θεράποντος ιατρού: «Παχυβλεννογονίτιδα δεξιού ιγμορείου—αναπνευστική δυσχέρεια σε έδαφος σκολίωσης ρινικού διαφράγματος και υπερτροφίας κάτω ρινικών κογχών άμφω.» Η δε προτεινόμενη θεραπευτική προσπέλαση ήταν «μέση ρινοαντροστομία δεξιά, ευθυσμός ρινικού διαφράγματος, κογχοτομές». Εξάλλου, ο προβλεπόμενος/απαιτούμενος χρόνος νοσηλείας για την εκτέλεση των απαιτούμενων ιατρικών ενεργειών οριζόταν πλέον σε 1-2 ημέρες ανάλογα με την κλινική κατάσταση. Δηλαδή, η αιτία εισαγωγής και η προτεινόμενη αντιμετώπιση ήταν διαφορετική από την αιτία που είχε ήδη δηλωθεί την Παρασκευή 23.06.2006 και για την οποία υπήρχε ήδη, σύμφωνα και με την επισυναπτόμενη στην αναφορά του από 28.07.2006 επιστολή του ίδιου του Β προς την Εταιρία, θετική απάντηση εκ μέρους της Εταιρίας ως προς την κάλυψη των εξόδων. Μετά από 2ωρη αναμονή και χωρίς στο μεταξύ να δοθεί έστω και προφορικά έγκριση εκ μέρους της Εταιρίας για κάλυψη των σχετικών εξόδων, πραγματοποιήθηκε η επέμβαση (ώρα εισόδου στο χειρουργείο: 11:50 π.μ.), η ασθενής νοσηλεύθηκε σε δωμάτιο ΛΟΥΞ, που δικαιολογείται από το ασφαλιστήριο συμβόλαιο, εφόσον η πραγματοποιούμενη επέμβαση είναι ασφαλιστικά καλυπτόμενη, και την επόμενη (27.06.2007) πήρε εξιτήριο. Ο συνολικός λογαριασμός ανήλθε στο ποσό των 5.776,70 ευρώ. Την δε 27.06.2006 η Εταιρία ενημέρωσε το νοσοκομείο, σε σχέση με την αναγγελία που έγινε την 26.06.2006 με αιτία εισαγωγής την αντιμετώπιση σκολίωσης ρινικού διαφράγματος και κογχοτομή, ότι *«σύμφωνα με τα υπάρχοντα στοιχεία δεν θα προβούμε στην άμεση ταμειακή διευθέτηση των εξόδων νοσηλείας του (ασφαλισμένου)»*.

Επιπλέον, πρέπει να σημειωθεί ότι σύμφωνα και με το πρακτικό του χειρουργείου η περιγραφή της επέμβασης που τελικά πραγματοποιήθηκε έχει ως εξής: *«Υπό γενική αναισθησία έγινε ευθυσμός ρινικού διαφράγματος, κογχοτομές άμφω και μέση ρινοαντροστομία δεξιά και αφαίρεση μορφώματος από τον βλεννογόνο του διαφράγματος στον πρόδρομο της ρινός αριστερά. Ανάνηψη ευχερής.»* **Δηλαδή, έγιναν τελικά επεμβάσεις εν μέρει προεγκεκριμένες (αφαίρεση μορφώματος) και εν μέρει μη εγκεκριμένες από την ασφαλιστική εταιρία ως προς την ασφαλιστική τους κάλυψη.**

Κατόπιν των παραπάνω, η Εταιρία πρότεινε να αποζημιώσει την αναλογία των εξόδων νοσηλείας που αντιστοιχούν στην αρχικώς εγκριθείσα επέμβαση. Η πρόταση δεν έγινε αποδεκτή από τον αντισυμβαλλόμενο. Τέλος, μετά την άκαρπη απόπειρα συμβιβασμού που έλαβε χώρα στα γραφεία της Αρχής, η Εταιρία πρότεινε κατ'εξάιρεση, στα πλαίσια της καλής πίστης, πέραν των αναγνωριζομένων από την

ίδια συμβατικών της υποχρεώσεων, την καταβολή ποσού συνολικά ανερχόμενου στα 2.500,00 ευρώ. Και αυτή η πρόταση απορρίφθηκε.

ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ

(1) Ως προς τις αιτιάσεις του Β για μη έγκαιρη ενημέρωσή του και παραπλάνησή του ως προς το τι ήταν ασφαλιστικά καλυπτόμενο.

(1α). Σύμφωνα με το άρθρο 4 § Ε.4 των Γενικών Όρων της Κάλυψης Ι (Εξοδα Νοσοκομειακής Περίθαλψης) του Παραρτήματος Δ' του ασφαλιστηρίου συμβολαίου ζώης που έχει υπογράψει ο Β: «(...) Ε. Δεν καλύπτονται από την παρούσα κάλυψη έξοδα νοσοκομειακής περίθαλψης για τα δύο (2) πρώτα έτη της ασφάλισης ή της επαναφοράς της σε ισχύ που οφείλονται σε: (...) 4. Αιμορροΐδες, ραγάδα δακτυλίου, κηρούς, καθώς και σε ρινικό διάφραγμα και στις επιπλοκές τους.(...)».

Όπως αναφέρθηκε ανωτέρω, οι εκατέρωθεν υποχρεώσεις και τα δικαιώματα των συμβαλλομένων ρυθμίζονται από την ασφαλιστική σύμβαση. **Επομένως, ήταν ρητά διατυπωμένο, με τρόπο ώστε να μη δικαιολογείται ανυπαίτια άγνοια του καταναλωτή, γνωστό εκ των προτέρων, σαφές και αποδεκτό από τον λήπτη της ασφάλισης ότι έξοδα νοσηλείας που σχετίζονταν τουλάχιστον με τον ευθιασμό του ρινικού διαφράγματος μέχρι τον Οκτώβριο του 2006 (επέτειος συμπλήρωσης των δύο πρώτων ετών της ασφάλισης) δεν θα καλύπτονταν από την συναφθείσα ασφαλιστική σύμβαση, εφόσον εμπίπτουν πέραν πάσης αμφιβολίας στις αναφερόμενες εξαιρέσεις.** Αξίζει να σημειωθεί ότι για τον έλεγχο της ως άνω ρήτρας περί της εξαίρεσης της ασφαλιστικής κάλυψης του ασφαλισμένου καταναλωτή λαμβάνεται ως άξιο προστασίας το ενδιάμεσο πρότυπο του συνήθως απρόσεκτου μεν ως προς την ενημέρωσή του, αλλά διαθέτοντος τη μέση αντίληψη κατά το σχηματισμό της δικαιοπρακτικής του αποφάσεως καταναλωτή του συγκεκριμένου είδους υπηρεσιών¹⁶, ικανότητα που έχει καταφανεί από την όλη συμπεριφορά του ότι διαθέτει, σε επίπεδο άνω του μέσου όρου, ο Β.

(1β). Σύμφωνα με το άρθρο 2 §Α των Γενικών Όρων της Κάλυψης Ι (Εξοδα Νοσοκομειακής Περίθαλψης) του Παραρτήματος Δ' του ασφαλιστηρίου συμβολαίου με τίτλο ΠΑΡΟΧΕΣ: «*Αν ο ασφαλισμένος λόγω ασθένειας ή ατυχήματος πραγματοποιήσει για τη θεραπεία του έξοδα νοσοκομειακής περίθαλψης, η Εταιρία του αναγνωρίζει, εφόσον συντρέχουν και οι λοιποί όροι του παρόντος παραρτήματος, τα παρακάτω: (...)*».

Περαιτέρω, σύμφωνα με το άρθρο 5 § 1 των Γενικών Όρων της Κάλυψης Ι (Εξοδα Νοσοκομειακής Περίθαλψης) του Παραρτήματος Δ' του ασφαλιστηρίου συμβολαίου με τίτλο ΥΠΟΧΡΕΩΣΕΙΣ ΣΕ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ: «*Ο Ασφαλισμένος ή ο Συμβαλλόμενος υποχρεούται εντός οκτώ (8) ημερών από τότε που έλαβε γνώση της επέλευσης της ασφαλιστικής περίπτωσης να ειδοποιήσει εγγράφως την Εταιρία. Επίσης, υποχρεούται να δίνει όλες τις αναγκαίες πληροφορίες και να υποβάλει στοιχεία και έγγραφα που σχετίζονται με τις περιστάσεις και τις συνέπειες επέλευσης του κινδύνου που του ζητάει η Εταιρία.(...)*».

Εξάλλου, σύμφωνα με το άρθρο 2 § Β των Γενικών Όρων της Κάλυψης Ι (Εξοδα Νοσοκομειακής Περίθαλψης) του Παραρτήματος Δ' του ασφαλιστηρίου συμβολαίου

¹⁶ Βλ. ΑΠ 296/2001, ΔΕΕ11/2001, 1112 με σχόλια της Ανδρομάχης Δεληκωστοπούλου.

με τίτλο ΥΠΟΛΟΓΙΣΜΟΣ ΑΠΟΖΗΜΙΩΣΗΣ: «*Η Εταιρία καταβάλλει αποζημίωση ίση με το σύνολο των πραγματοποιηθέντων εξόδων νοσηλείας που αναγνωρίστηκαν σύμφωνα με τα αναγραφόμενα στην παράγραφο Α του άρθρου 2 του παρόντος παραρτήματος.*».

Από το συνδυασμό των παραπάνω τριών όρων της ασφαλιστικής σύμβασης προκύπτει ότι **δεν προβλέπεται συμβατική υποχρέωση της Εταιρίας να ενημερώνει εκ των προτέρων (πριν την πραγματοποίηση) για το ασφαλιστικά καλυπτόμενο ή όχι κάποιας νοσηλείας.**

Επιπλέον, από το περιεχόμενο των ως άνω όρων της σύμβασης διαπιστώνεται ότι **δεν προβλέπεται συμβατικά ο ασφαλισμένος να έχει ακολουθήσει κάποια συγκεκριμένη διαδικασία προέγκρισης ή να διαθέτει κάποια τέτοια προέγκριση για το ασφαλιστικά καλυπτόμενο ή μη εκ μέρους της εταιρίας, προκειμένου να προβεί σε οποιαδήποτε ενέργεια αποκατάστασης της υγείας του.**

(1γ). Επίσης από την ασφαλιστική σύμβαση προκύπτει ότι **τόσο η επιλογή του νοσοκομείου για την πραγματοποίηση οποιασδήποτε νοσηλείας, όσο και του θεράποντος ιατρού ανήκουν στην απολύτως ελεύθερη κρίση και διακριτική ευχέρεια του ασφαλιζόμενου, εφόσον δεν περιλαμβάνεται κάποιος ρητός περιορισμός περί του αντιθέτου.** Από την παράθεση δε των πραγματικών περιστατικών εκ μέρους του Β δεν στοιχειοθετείται καμία απολύτως απόπειρα μεθόδευσης, καθοδήγησης ή παρότρυνσης του ιδίου ή/και της κόρης του εκ μέρους της ασφαλιστικής εταιρίας για επιλογή του συγκεκριμένου ιδιωτικού νοσοκομείου, οι δε περί του αντιθέτου αιτιάσεις του Β¹⁷ κρίνονται αβάσιμες. Συγκεκριμένα, αναφέρει στην από 28.07.2006 επιστολή του προς την Εταιρία, που επισυνάπτεται στην αναφορά του προς την Αρχή: «(...) **Προτιμήσαμε** το προαναφερόμενο νοσοκομείο, διότι είναι συμβεβλημένο με την Α και εντός αυτού υπάρχουν 2 γραφεία (ένα με ιατρικό και διοικητικό προσωπικό και ένα άλλο μόνο με διοικητικό) για την εξυπηρέτηση των ασφαλισμένων.(...)». Το γεγονός ότι το συγκεκριμένο νοσοκομείο τυγχάνει να είναι συμβεβλημένο¹⁸ με την ασφαλιστική εταιρία τη συγκεκριμένη χρονική στιγμή δεν αναιρεί το ότι ο Β και η κόρη του επέλεξαν ελεύθερα να απευθυνθούν σε αυτό, καθώς και τους απόλυτα διακριτούς ρόλους που έχει να επιτελέσει αφενός ο επιλεγείς από τον ασφαλισμένο θεράπων ιατρός και το νοσοκομείο ως προς την παροχή των αναγκαίων ιατρικών υπηρεσιών και αφετέρου η ασφαλιστική εταιρία ως προς την ασφαλιστική κάλυψη ή μη αυτών.

(1δ). Εξάλλου, ο μη επείγων χαρακτήρας των επεμβάσεων που πραγματοποιήθηκαν δεν αναιρεί την αναγκαιότητα ή τη σπουδαιότητά τους. **Μόνος δε αρμόδιος και υπεύθυνος να εκφέρει κρίση επ'αυτού είναι ο επιλεγείς από τον ασφαλισμένο**

¹⁷ βλ. από 30.08.2006 επιστολή του Β προς το Υπουργείο Ανάπτυξης, (όπως αυτή σχετικά επισυνάπτεται στην από 15.12.2006 (υπ' αριθμ. πρωτ.) αναφορά του που υποβλήθηκε στην Αρχή μας)· υπ' αριθμ. πρωτ. εισερχ. /22.03.2007 και /08.05.2007 έγγραφα απόψεων Β.

¹⁸ Σύμφωνα με το άρθρο 1 των Γενικών Όρων της Κάλυψης Ι (Εξόδα Νοσοκομειακής Περίθαλψης) του Παραρτήματος Δ' του ασφαλιστηρίου συμβολαίου ζωής: «Για την εφαρμογή των όρων της παρούσας κάλυψης θεωρούνται: (...) ΣΥΜΒΕΒΛΗΜΕΝΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ Κάθε νοσοκομείο Δημόσιο ή Ιδιωτικό με το οποίο η Εταιρία έχει συνάψει ειδική συμφωνία συνεργασίας. Οι συνεργασίες αυτές έχουν ως κύριο σκοπό την πληρέστερη εξυπηρέτηση του ασφαλισμένου. Η Εταιρία όμως διατηρεί το δικαίωμα να διακόψει χωρίς προειδοποίηση του ασφαλισμένου μερικές ή και όλες τις συνεργασίες αν κρίνει ότι οι συνθήκες δεν τις ευνοούν. Ο ασφαλισμένος πριν από κάθε νοσηλεία επικοινωνεί με την εταιρία και ενημερώνεται για τα συμβεβλημένα κάθε φορά με αυτήν νοσοκομεία. (...)».

θεράπων ιατρός. Επιπλέον, **το ιατρικά αναγκαίο κάποιος επέμβασης είναι θέμα εντελώς ανεξάρτητο από το ασφαλιστικά καλυπτόμενο ή όχι αυτής.** Οποιαδήποτε απόπειρα επέμβασης ή υπόδειξης— είτε ως προς τη διαδικασία είτε ως προς το χρόνο πραγματοποίησής τους —εκ μέρους της ασφαλιστικής εταιρίας είτε μέσω ιατρών συνεργατών της είτε μέσω διοικητικών υπαλλήλων της θα συνιστούσε ανεπίτρεπτη, αντιδεοντολογική και αντίθετη προς τα χρηστά ήθη επέμβαση στη σφαίρα της προστασίας και αποκατάστασης της υγείας του ασφαλισμένου. Επομένως, οι αιτιάσεις του Β ότι όφειλαν οι υπάλληλοι της ασφαλιστικής εταιρίας να υποδείξουν την αναβολή της εισαγωγής μέχρι να αποφανθεί η εταιρία ως προς την ασφαλιστική κάλυψη ή μη των σχετικών εξόδων¹⁹ κρίνονται ως αβάσιμες.

(1ε). Επιπλέον, ο Β επικαλούμενος ενημερωτικό φυλλάδιο διακινούμενο από την ασφαλιστική του σύμβουλο (το περιεχόμενο του οποίου επιβεβαιώνεται και από μεταγενέστερη της υπογραφής του ασφαλιστηρίου συμβολαίου τυποποιημένη επιστολή προς όλους τους ασφαλισμένους που υπογράφεται από τον Αν. Γενικό Διευθυντή της ασφαλιστικής εταιρίας²⁰) ισχυρίζεται ότι παραπλανήθηκε ως προς την ασφαλιστική κάλυψη της δαπάνης των επεμβάσεων που πραγματοποιήθηκαν, εφόσον δεν ενημερώθηκε εκ των προτέρων για τη μη κάλυψη αυτών, παρόλο που προέβη σε όλες τις προταθείσες διαδικασίες. Συγκεκριμένα, σύμφωνα με το εν λόγω φυλλάδιο, κάτω από τον γενικότερο τίτλο «ΠΡΟΣΘΕΤΕΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑΣ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ», στην οποία, όπως είναι ευρέως γνωστό, περιλαμβάνονται οι υπηρεσίες εκείνες που δεν απαιτούν την παραμονή του ατόμου στα νοσοκομεία, αφορά δηλαδή εξωνοσοκομειακή περίθαλψη, και υπό τον ειδικότερο τίτλο «Υπηρεσίες που παρέχονται από το τηλεφωνικό κέντρο» αναφέρεται μεταξύ άλλων : «● *Αναγγελία προγραμματισμένης νοσηλείας πριν την είσοδό σας σε νοσοκομείο.*

Επικοινωνία με ιατρό προκειμένου να σας παρέχει κάθε πληροφόρηση και αρωγή πριν την εισαγωγή σας στο νοσοκομείο.

Εφόσον καταστεί αναγκαία η εισαγωγή σας σε νοσοκομείο, η Α θα κάνει αμέσως όλες τις ενέργειες που χρειάζονται για να αναλάβει τα έξοδα νοσηλείας σας, βάσει των όρων του ασφαλιστηρίου συμβολαίου σας.».

Καταρχάς ούτε από το γράμμα ούτε από το πνεύμα του εν λόγω αποσπάσματος του φυλλαδίου προκύπτει οποιαδήποτε υποχρέωση τήρησης των σχετικών διαδικασιών εκ μέρους του ασφαλισμένου. **Πρόκειται για υπηρεσίες και δυνατότητες που τίθενται στη διάθεση και διακριτική ευχέρεια του ασφαλισμένου.**

Εν προκειμένω η αναγγελία της **ήδη προγραμματισμένης** εγχείρησης και νοσηλείας για τους σοβαρότερους λόγους που προέκυψαν **μετά τον προεγχειρητικό έλεγχο** δεν έγινε, όπως επισημάνθηκε παραπάνω, πριν την είσοδο στο νοσοκομείο, αλλά μετά από αυτήν. Παρόλο που υπήρχε η δυνατότητα τηλεφωνικής αναγγελίας, ήδη από την Παρασκευή 23.06.2006, μέσω του τηλεφωνικού κέντρου, που εξυπηρετεί 24 ώρες το 24ωρο επί 365 μέρες το χρόνο, ο Β, όπως παραδέχεται και ο ίδιος στο με αρ. πρωτ. εισερχ./04.06.2007 έγγραφό του, δεν έκανε χρήση αυτής της δυνατότητας, παρά πήγε αυτοπροσώπως μαζί με την κόρη του το ίδιο πρωινό της 26.06.2007, που είχε προγραμματισθεί η πραγματοποίηση της εγχείρησης, και έκανε την αναγγελία.

¹⁹ Βλ. συμπληρωματικό στοιχείο με αρ. πρωτ. εισερχ./04.06.2007.

²⁰ Βλ. υποσημείωση αρ. 19.

Επιπλέον, δεν συνάγεται από κανένα σημείο του ως άνω αποσπάσματος του φυλλαδίου ότι η αναγγελία της νοσηλείας συνεπάγεται άνευ ετέρου την έγκριση ως προς την ύπαρξη ασφαλιστικής κάλυψης, **χωρίς δηλαδή τον προηγούμενο έλεγχο συνδρομής, σύμφωνα με τους δεσμευτικούς όρους της ασφαλιστικής σύμβασης και του νόμου, των προϋποθέσεων της ασφαλιστικής κάλυψης για τη συγκεκριμένη αιτία.** Αντιθέτως, είναι απολύτως σαφές ότι η ανάληψη των σχετικών εξόδων, εφόσον η εισαγωγή καταστεί αναγκαία, γεγονός που, όπως έχει ήδη διευκρινιστεί, κρίνεται από τον θεράποντα ιατρό του ασφαλισμένου, γίνεται σε κάθε περίπτωση *βάσει των όρων του ασφαλιστηρίου συμβολαίου.* Τέλος, από κανένα σημείο του εν λόγω αποσπάσματος του φυλλαδίου δεν προκύπτει ότι η ασφαλιστική εταιρία έχει αναλάβει τη δέσμευση της εκ των προτέρων (πριν την πραγματοποίηση) ενημέρωσης των ασφαλισμένων για το ασφαλιστικά καλυπτόμενο ή μη της δαπάνης νοσηλείας.

(1στ). Ο Β εξάλλου αναφέρεται στην ακολουθούμενη από την Εταιρία πρακτική προέγκρισης δαπάνης νοσηλείας και στο γεγονός ότι, εάν η Εταιρία τον είχε ενημερώσει εγκαίρως (πριν από την πραγματοποίησή της) για την άρνηση κάλυψης της σχετικής δαπάνης, θα την είχε αποφύγει. Όπως έχει ήδη επισημανθεί, τέτοια υποχρέωση εκ μέρους της ασφαλιστικής εταιρίας δεν υπάρχει. Η πρακτική αυτή, όπως παραδέχεται και η Εταιρία στην από 14.03.2007 και με αρ. πρωτ. εισερχ. επιστολή της προς την Αρχή, στην από 05.10.2006 επιστολή της προς το Υπουργείο Ανάπτυξης (όπως αυτή σχετικά επισυνάπτεται στο ως άνω έγγραφο που απέστειλε στην Αρχή μας) και όπως εξηγήθηκε προφορικά στη συνάντηση που έλαβε χώρα στα γραφεία της Αρχής από την αρμόδια υπάλληλο της Δ/σης Ατομικών Ασφαλίσεων Ζωής & Υγείας, εφαρμόζεται, **όποτε υπάρχει αυτή η δυνατότητα, στα πλαίσια της καλής πίστης,** για νοσηλείες που πραγματοποιούνται σε συμβεβλημένα με την Εταιρία νοσηλευτικά ιδρύματα με προφανή σκοπό, όπως συνάγεται και από την από 27.06.2006 απάντηση της Εταιρίας προς το νοσοκομείο «.....», εφόσον συντρέχουν οι συμβατικές και νόμιμες προϋποθέσεις, να μην προβεί ο ίδιος ο ασφαλισμένος στην άμεση ταμειακή διευθέτηση των εξόδων νοσηλείας του με το νοσοκομείο, αλλά, προς διευκόλυνσή του, να τακτοποιηθεί η σχετική δαπάνη χωρίς εμπλοκή του ίδιου παρά απευθείας μεταξύ ασφαλιστικής εταιρίας και νοσοκομείου.

Όπως προκύπτει από την παράθεση των πραγματικών περιστατικών από τον ίδιο τον καταγγέλλοντα²¹, ο Β **ακολούθησε αυτή τη διαδικασία, άρα ήταν ήδη ενήμερος για τη δυνατότητα αυτή, της οποίας έκανε χρήση,** ήδη από την Παρασκευή 23.06.2006, οπότε και έλαβε προφορική προέγκριση εντός της ημέρας ως προς την ύπαρξη ασφαλιστικής κάλυψης των σχετικών εξόδων για τους λόγους που δηλώθηκαν («αφαίρεση μορφώματος-βιοψία» με προβλεπόμενο/απαιτούμενο χρόνο νοσηλείας για την εκτέλεση των απαιτούμενων ιατρικών ενεργειών : «O.D.C.» (One Day Clinic), δηλαδή ολιγόωρη παραμονή στο νοσοκομείο, με τοπική αναισθησία χωρίς εισαγωγή για νοσηλεία) και για άγνωστη ημερομηνία εισαγωγής.

Όμως μετά από μεταγενέστερο σχετικό έλεγχο ήδη από την Παρασκευή κρίθηκε ότι υπήρχε ανάγκη πραγματοποίησης μιας πιο σοβαρής επέμβασης, με αιτία εισαγωγής και με προτεινόμενη αντιμετώπιση **διαφορετική από την ήδη προεγκριθείσα ως ασφαλιστικά καλυπτόμενη,** και με **μία τουλάχιστον από τις αιτίες να εμπίπτει στις ρητά εξαιρούμενες** για τα δύο πρώτα έτη της ασφάλισης περιπτώσεις, γεγονός που ήταν σαφές και σε γνώση του Β ήδη από την υπογραφή του ασφαλιστηρίου

²¹ Βλ. επισυναπτόμενη στην αναφορά του από 28.07.2006 επιστολή του ίδιου του Β προς την Α.

συμβολαίου του, και επιπλέον **προγραμματισμένης**, όπως προκύπτει από τα παραπάνω παρατιθέμενα στοιχεία, να λάβει χώρα την Δευτέρα 26.06.2007. Ο Β παρόλο που είχε τη δυνατότητα, σύμφωνα και με τα όσα αναφέρονται παραπάνω υπό στοιχείο (1ε), να κάνει άμεσα την αναγγελία της προγραμματισμένης νοσηλείας της κόρης του κάνοντας χρήση της 24ωρης τηλεφωνικής εξυπηρέτησης, δίνοντας έτσι αρκετό χρόνο στην ασφαλιστική εταιρία, προκειμένου να εκτιμήσει το ασφαλιστικά καλυπτόμενο αυτής, προτίμησε να την αναγγείλει το πρώτον το πρωινό της ίδιας ημέρας, για την οποία είχε προγραμματισθεί η εγχείρηση. Υπό το φως των παραπάνω, δεν θα ήταν σύμφωνη με την αρχή της καλής πίστης η άποψη ότι 2 ώρες αποτελούν εύλογο χρονικό περιθώριο για την απάντηση εκ μέρους της Εταιρίας για το ασφαλιστικά καλυπτόμενο ή μη της νέας, σοβαρότερης και εν μέρει τουλάχιστον ρητά εξαιρούμενης για τα δύο πρώτα έτη της ασφάλισης αιτίας εισαγωγής. Επιπλέον, **μέσα στο πολύ σύντομο αυτό χρονικό διάστημα των 2 ωρών θα ήταν αντίθετο προς την αρχή της καλής πίστης και τα συναλλακτικά ήθη η έλλειψη κάποιας απάντησης είτε θετικής είτε αρνητικής να μπορεί να εκληφθεί ως σιωπηρή συναίνεση και έγκριση εκ μέρους της Εταιρίας της σχετικής δαπάνης.** Δεδομένου δε ότι τελικά η (αρνητική) απάντηση στο ζήτημα της ασφαλιστικής κάλυψης δόθηκε την επόμενη κιόλας ημέρα, δηλαδή την 27.06.2006, φαίνεται ότι η ασφαλιστική εταιρία εξέφρασε ρητά και άμεσα τη διαφωνία της και δεν ολιγόρησε. Αντίθετα, ο Β ως μέσος και εχέφρων συναλλασσόμενος είχε τη δυνατότητα, εφόσον και ο ίδιος αποδέχεται ότι οι επεμβάσεις που πραγματοποιήθηκαν ήταν αναγκαίες μεν, μη επείγουσες δε, να ζητήσει σε συνεννόηση με τον θεράποντα ιατρό της κόρης του την αναβολή της πραγματοποίησής τους, μέχρις ότου λάβει κάποια διαβεβαίωση από την ασφαλιστική εταιρία ως προς την ασφαλιστική τους κάλυψη, παρόλα αυτά δεν το έπραξε.

Συμπερασματικά, από τις αιτιάσεις και τα πραγματικά περιστατικά που επικαλείται ο Β δεν προκύπτει ότι η κόρη του προέβη στην πραγματοποίηση ασφαλιστικά μη καλυπτόμενων —σύμφωνα με την θέση της Εταιρίας— επεμβάσεων ως αποτέλεσμα παραπλανητικής ή πλημμελούς συμπεριφοράς των υπαλλήλων της ασφαλιστικής εταιρίας.

(2) Ως προς τη θέση της Α (ΚΑΤΑΓΓΕΛΛΟΜΕΝΗΣ) ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΗΣ ΕΤΑΙΡΙΑΣ σχετικά με τη μη κάλυψη των εξόδων νοσηλείας της Γ.

(2α). Όπως έχει ήδη αναφερθεί, σύμφωνα με το άρθρο 4 § Ε.4 των Γενικών Όρων της Κάλυψης Ι (Εξοδα Νοσοκομειακής Περίθαλψης) του Παραρτήματος Δ' του ασφαλιστηρίου συμβολαίου ζωής που έχει υπογράψει ο Β: «(...) Ε. Δεν καλύπτονται από την παρούσα κάλυψη έξοδα νοσοκομειακής περίθαλψης για τα δύο (2) πρώτα έτη της ασφάλισης ή της επαναφοράς της σε ισχύ που οφείλονται σε: (...) 4. Αιμορροΐδες, ραγάδα δακτυλίου, κισσούς, καθώς και σε ρινικό διάφραγμα και στις επιπλοκές τους.(...)».

Κατά το άρθρο 2 παρ. 6 του Ν. 2251/1994 «περί προστασίας των καταναλωτών», οι γενικοί όροι των συναλλαγών, ήτοι οι όροι που έχουν διατυπωθεί εκ των προτέρων για απροσδιόριστο αριθμό μελλοντικών συμβάσεων, όπως είναι και οι συμβάσεις ασφάλισης ζωής, απαγορεύονται και είναι άκυροι, αν έχουν ως αποτέλεσμα τη διατάραξη της ισορροπίας των δικαιωμάτων και υποχρεώσεων των συμβαλλομένων σε βάρος του καταναλωτή, όπως είναι και ο ασφαλιζόμενος. Ο καταχρηστικός

χαρακτήρας τέτοιου γενικού όρου κρίνεται αφού ληφθούν υπόψη η φύση των αγαθών ή υπηρεσιών που αφορά η σύμβαση, ο σκοπός της, το σύνολο των ειδικών συνθηκών κατά τη σύναψή της και όλες οι υπόλοιπες ρήτρες της σύμβασης ή άλλης σύμβασης από την οποία αυτή εξαρτάται. Η διάταξη της §6 του άρθρου 2 του Ν. 2251/1994 πρέπει να ερμηνεύεται μέσω τελεολογικής συστολής του γράμματός της προς την κατεύθυνση της «ουσιώδους διαταράξεως» της συμβατικής ισορροπίας²². (Ήδη δε με την αντικατάσταση του εδ.α΄ της παρ. 6 του άρθρου 2 του Ν. 2251/1994 με την παρ. 2 του άρθρου 2 του Ν. 3587/2007 ο νομοθέτης ρητά κάνει λόγο για «σημαντική» διατάραξη). Προς τούτο λαμβάνονται υπόψη τα συμφέροντα των συμβαλλομένων στη συγκεκριμένη σύμβαση μερών και εξετάζεται ποιο είναι το συμφέρον του μεν προμηθευτή προς διατήρηση του συγκεκριμένου όρου που ελέγχεται και ποιο εκείνο του καταναλωτή προς κατάργησή του. Δηλαδή ερευνάται ποιες συνέπειες θα είχε η διατήρηση ή η κατάργηση του όρου για κάθε πλευρά, πώς θα μπορούσε κάθε μέρος να εμποδίσει την επέλευση του κινδύνου που θέλει να αποτρέψει ο συγκεκριμένος γενικός όρος και πώς μπορεί κάθε μέρος να προστατευθεί από τις συνέπειες της επέλευσης του κινδύνου με δικές του ενέργειες²³.

Σύμφωνα δε με την περ. β' της §7 του ίδιου άρθρου, που απαριθμεί ενδεικτικά ρήτρες που θεωρούνται άνευ ετέρου καταχρηστικές και απαγορευτικές, χωρίς να είναι αναγκαία οποιαδήποτε άλλη στάθμιση, δηλαδή χωρίς να χρειάζεται και ως προς αυτούς τους όρους η συνδρομή των προϋποθέσεων της γενικής ρήτρας της ως άνω §6²⁴, ορίζεται: «Σε κάθε περίπτωση καταχρηστικοί είναι ιδίως οι όροι που: (...) β) περιορίζουν τις ανεπιλημμένες συμβατικές υποχρεώσεις και ευθύνες των προμηθευτών, (...)».

Η ως άνω λοιπόν συμβατική ρήτρα δεν έρχεται σε σύγκρουση με την αμέσως παραπάνω διάταξη του νόμου, αφού δεν επέρχεται περιορισμός των συμβατικών υποχρεώσεων που έχει αναλάβει ο ασφαλιστής. Επιδιώκεται ένας προσδιορισμός της ασφαλιστικής κάλυψης, με βάση το ασφάλιστρο που εισπράττει ο ασφαλιστής, δηλαδή πρόκειται εδώ για **ρύθμιση της παροχής που αντιστοιχεί στην αντιπαροχή του ασφαλισμένου με βάση τον κανόνα της αναλογίας παροχής (ασφαλιστικής κάλυψης)—αντιπαροχής (ασφάλιστρο)**. Το ασφάλιστρο, που είναι στη διαρκή αυτή σύμβαση ουσιώδες στοιχείο, αποτελεί την ακριβή αντιπαροχή του αντισυμβαλλομένου έναντι του κινδύνου, που αποδέχτηκε ο ασφαλιστής, σε όλη τη διάρκεια της ασφαλιστικής σχέσης, διότι μόνο τότε επιτυγχάνεται αντικειμενική ισορροπία μεταξύ παροχών των μερών²⁵. Εξάλλου, δικαιολογείται το ενδιαφέρον του ασφαλιστή να θέσει ως προϋπόθεση για την πληρωμή του ασφάλισματος την παρέλευση των πρώτων δύο ετών μετά τη σύναψη της ασφάλισης από τη σπουδαιότητα, τη συχνότητα και την ιδιομορφία των ασφαλιζομένων ασθενειών. Ακόμη δεν δημιουργείται με τη ρήτρα αυτή ουσιώδης ή σημαντική διατάραξη της ισορροπίας των δικαιωμάτων και υποχρεώσεων των συμβαλλομένων μερών σε βάρος του καταναλωτή.

Επομένως, η Εταιρία με την άρνησή της να καλύψει τα έξοδα νοσηλείας που αντιστοιχούν τουλάχιστον στην αντιμετώπιση της σκολίωσης του ρινικού διαφράγματος και στον ευθιασμό αυτού έχει ενεργήσει μέσα στα πλαίσια της

²² Βλ. ΑΠ 1219/2001 ΕΕΜΠΔ/2001, 529.

²³ Βλ. ΑΠ 1030/2001 ΕπιΔικΙΑ 2004, 414.

²⁴ Βλ. ΕφΑθ 2386/2006 Δ/ΝΗ 2006, 1467.

²⁵ Βλ. ΑΠ 1401/1999 ΔΕΕ 2000, 192.

υπογραφείσας ασφαλιστικής σύμβασης και του νόμου, εφόσον ο Β είχε αποδεχθεί τόσο τους όρους της σύμβασης όσο και των παραρτημάτων της.

(2β). Όπως έχει ήδη αναφερθεί για τη διενέργεια επέμβασης για αφαίρεση μορφώματος ρινός με προβλεπόμενο/απαιτούμενο χρόνο νοσηλείας για την εκτέλεση των απαιτούμενων ιατρικών ενεργειών, σύμφωνα με το ενημερωτικό σημείωμα του θεράποντος ιατρού: «O.D.C.» (One Day Clinic), δηλαδή ολιγόωρη παραμονή στο νοσοκομείο, με τοπική αναισθησία χωρίς εισαγωγή για νοσηλεία δόθηκε εκ μέρους της ασφαλιστικής εταιρίας θετική απάντηση (προέγκριση) ως προς την κάλυψη των εξόδων. **Αυτό προφανώς σημαίνει ότι το μόρφωμα ρινός ως περίπτωση αυτή καθαυτή δεν εμπίπτει στις ρητά παρατιθέμενες στην ασφαλιστική σύμβαση εξαιρέσεις ασφαλιστικής κάλυψης.** Ωστόσο, ο τρόπος (τοπική ή ολική αναισθησία κλπ.) και η διάρκεια (ολιγόωρη παραμονή ή χειρουργική επέμβαση και νοσηλεία κλπ.) για την αναγκαία αντιμετώπισή του είναι εντελώς διαφορετικό ζήτημα και **καθορίζεται από τη σοβαρότητα της συγκεκριμένης κατάστασης και από την επιστημονική κρίση του αρμόδιου προς τούτο θεράποντος ιατρού.** Ο δε θεράπων ιατρός στο μεν πρακτικό επέμβασης σημειώνει: «Υπό γενική αναισθησία έγινε (...) και αφαίρεση μορφώματος από τον βλεννογόνο του διαφράγματος στον πρόδρομο της ρινός αριστερά.(...)». Σε ιατρικό δε σημείωμα με ημερομηνία 26.06.2006 σημειώνει: «(...) Το μόρφωμα βρισκόταν επί του σκολιού τμήματος του διαφράγματος. Ως εκ τούτου για να καταστεί δυνατή η πλήρης αποκόλληση του μορφώματος θεωρήθηκε αναγκαία η χειρουργική διόρθωση του ρινικού διαφράγματος. Αναμένεται ιστολογικός έλεγχος του μορφώματος.». Εφόσον λοιπόν για την πλήρη αντιμετώπιση μίας μη εξαιρούμενης ασφαλιστικά περίπτωσης κρίθηκε απαραίτητη τελικά λόγω περιπλοκότητας και σοβαρότητας του προβλήματος η χειρουργική επέμβαση και άρα και η νοσηλεία, οι αναλογούσες στην αφαίρεση του μορφώματος δαπάνες (π.χ. έξοδα χειρουργείου, έξοδα αναισθησίας, φάρμακα, υγειονομικό υλικό, ημερήσια νοσήλια κλπ.)—που προφανώς υπερβαίνουν το ποσό που θα αντιστοιχούσε, εάν αρκούσε η αντιμετώπισή του με εφαρμογή τοπικής αναισθησίας και ολιγόωρη παραμονή στο νοσοκομείο— θα πρέπει να καλυφθούν από την ασφαλιστική εταιρία.

Υπό το φως δε των παραπάνω υπό στοιχεία (1β), (1ε) και (1στ) αναλυτικών σκέψεων πρέπει να γίνει δεκτό ότι ενώ η μη συμβατικά προβλεπόμενη πρακτική προέγκρισης δαπάνης νοσηλείας εκ μέρους της ασφαλιστικής εταιρίας, όταν η απάντηση είναι θετική, λειτουργεί υπέρ του ασφαλισμένου και αποτελεί τεκμήριο για το ασφαλιστικά καλυπτόμενο της σχετικής δαπάνης νοσηλείας, αντίστοιχα, ωστόσο, η άρνηση προέγκρισης ή η έλλειψη προέγκρισης δεν δεσμεύει τον ασφαλισμένο, εφόσον εκ των υστέρων αποδειχθεί ότι συντρέχουν, σύμφωνα με τους δεσμευτικούς όρους της ασφαλιστικής σύμβασης και του νόμου, οι προϋποθέσεις της ασφαλιστικής κάλυψης για τη συγκεκριμένη αιτία που ανέκυψε.

(2γ). Κατά το άρθρο 2 παρ. 5 του Ν. 2251/1994 «περί προστασίας των καταναλωτών» (όπως αυτός ίσχυε πριν από την τροποποίησή του με το Ν.3587/2007): «(...)5. Κατά την ερμηνεία των γενικών όρων συναλλαγών λαμβάνεται υπόψη η ανάγκη προστασίας του καταναλωτικού κοινού. Γενικοί όροι συναλλαγών που διατυπώθηκαν μονομερώς από τον προμηθευτή ή από τρίτο για λογαριασμό του προμηθευτή, σε περίπτωση αμφιβολίας ερμηνεύονται υπέρ του καταναλωτή. (...)». Κατά μεν, το άρθρο 5 εδάφιο β' της Οδηγίας 93/13/ΕΟΚ: «Στην περίπτωση συμβάσεων των οποίων όλες ή μερικές ρήτρες που προτείνονται στον καταναλωτή, έχουν συνταχθεί εγγράφως, οι ρήτρες αυτές πρέπει να συντάσσονται με σαφή και

κατανοητό τρόπο. Σε περίπτωση αμφιβολίας για την έννοια μίας ρήτρας επικρατεί η ευνοϊκότερη για τον καταναλωτή ερμηνεία. (...).», κατά δε το άρθρο 2 παρ. 1 του Ν. 2251/1994 (όπως αυτός ίσχυε πριν από την τροποποίησή του με το Ν.3587/2007): «*1.Όροι που έχουν διατυπωθεί εκ των προτέρων για απροσδιόριστο αριθμό μελλοντικών συμβάσεων (γενικοί όροι των συναλλαγών) δεν δεσμεύουν τον καταναλωτή, αν κατά την κατάρτιση της σύμβασης τους αγνοούσε ανυπαίτως και ο προμηθευτής δεν του υπέδειξε την ύπαρξή τους ή του στέρησε τη δυνατότητα να λάβει πραγματική γνώση του περιεχομένου τους.(...)*». Εξάλλου, οι ερμηνευτικοί κανόνες των άρθρων 173 (σύμφωνα με το οποίο κατά την ερμηνεία της δήλωσης βουλήσεως αναζητείται η αληθινή βούληση χωρίς προσήλωση στις λέξεις) και 200 (σύμφωνα με το οποίο οι συμβάσεις ερμηνεύονται όπως απαιτεί η καλή πίστη, αφού ληφθούν υπόψη και τα συναλλακτικά ήθη) του ΑΚ εφαρμόζονται σε κάθε περίπτωση, κατά την οποία υπάρχει κενό ή ασάφεια στην ερμηνευόμενη σύμβαση ή αμφιβολία, ως προς τις δηλώσεις βουλήσεως των συμβαλλομένων.

Από το συνδυασμό των ως άνω διατάξεων προκύπτει ότι, όταν διαπιστώνεται, είτε ως προς τον ατομικό όρο της σύμβασης, κενό ή ασάφεια ή αμφιβολία, ως προς τις δηλώσεις βουλήσεως των συμβληθέντων, προς κατάρτισή τους, είτε ως προς τον όρο (ρήτρα), των γενικών όρων των συναλλαγών (ΓΟΣ), που έχουν υπαχθεί στην ατομική σύμβαση, επίσης ομοίως, και δη αμφιβολία, για την έννοια της σχετικής ρήτρας, επιβάλλεται η προσφυγή (και καταφυγή), στους προπαρατιθέμενους ερμηνευτικούς κανόνες. Στη δεύτερη των εν λόγω περιπτώσεων, ήτοι **για την ερμηνεία των ρητρών και όρων, που διατυπώθηκαν ασαφώς ως γενικοί όροι των συναλλαγών** (και που ενσωματώθηκαν στην ατομική σύμβαση) και πιο συγκεκριμένα, όταν ο όρος (ρήτρα) απευθύνεται εκ μέρους του προμηθευτή (επιχείρησης) σε ευρύτερο κύκλο καταναλωτών (πελατών), η προκρινόμενη, ως εφαρμοστέα ερμηνευτική μέθοδος, κατά την τείνουσα να επικρατήσει στη θεωρία και στη νομολογία άποψη, είναι η αντικειμενική, αφού αποσκοπείται η εξεύρεση (ο έλεγχος), του πώς αντιλαμβάνεται ο μέσης πείρας (συναλλακτικής κ.λ.π.) και επίσης μέσης αντιληπτικής και γνωστικής ωσαύτως, ικανότητας πελάτη και καταναλωτής (από τον ευρύ δηλαδή κύκλο των καταναλωτών), την έννοια της ρήτρας (όρου)²⁶.

Και επί ασφαλιστικής, ειδικότερα, σύμβασης, όταν, για τη συμπλήρωση αυτής, τέθηκε ρήτρα (όρος), και δη, ως γενικός όρος των συναλλαγών ή συμπληρωματικός (στη σύμβαση), περί της εξαίρεσης της ασφαλιστικής κάλυψης του ασφαλισμένου καταναλωτή, για ορισμένες ασθένειες ή χειρουργικές επεμβάσεις, εν προκειμένω για τα δύο πρώτα έτη της διάρκειας της ασφάλισης, κατά τρόπο, όμως, ασαφή και αμφίβολο, (ήτοι δισήμαντο ή και πολυσήμαντο) όπως π.χ. μπορεί να συμβαίνει, όταν εμφανισθεί, πλην άλλων νοσημάτων και ασθενειών, «ρινικό διάφραγμα και επιλοκές του» — για το τι εμπίπτει στην έννοια αυτή γίνεται ειδικότερος λόγος παρακάτω — πρέπει να εκτιμηθεί (νομική κρίση) οπωσδήποτε, **το πώς έγινε αντιληπτός ο όρος (ρήτρα) και για τους δύο αντισυμβαλλομένους, πρωτίστως όμως, για τον ασφαλισμένο καταναλωτή, στο μέτρο και στο βαθμό, που απευθύνεται ο όρος αυτός σε ευρύ και αόριστο κύκλο πελατών της προμηθεύτριας ασφαλιστικής εταιρίας**, εφαρμόζοντας τους προαναφερόμενους ερμηνευτικούς κανόνες. Κατά τον διενεργούμενο δε, ερμηνευτικό έλεγχο, για την εξεύρεση της πραγματικής και της ορθής έννοιας του προβληματικού όρου (ρήτρας) — κατά τον οποίο, μπορούν να συνεκτιμώνται και αποδεικτικά μέσα και στοιχεία, έστω και αν βρίσκονται έξω από τη σύμβαση και εκτός του ερμηνευτέου όρου — **λαμβάνονται υπόψη, για την κάθε**

²⁶ Βλ. σχετικά Εφαθ 4958/2004 ΔΕΕ 2005/196, 1324.

συγκεκριμένη περίπτωση και οι αρχές της καλής πίστης και των συναλλακτικών ηθών και της κοινής πείρας και λογικής, απολύγοντας και καταλήγοντας στον εν λόγω έλεγχο, σε κάθε περίπτωση, με γνώμονα και κριτήριο, του ποια είναι η ευνοϊκότερη για τον καταναλωτή (πελάτη) εκδοχή²⁷.

Στην εν θέματι περίπτωση η ασφαλιστική εταιρία αρνήθηκε να καταβάλει τα έξοδα νοσηλείας συνολικού ύψους 5.776,70 € ισχυριζόμενη ότι δεν είναι υπόχρεη για την καταβολή σύμφωνα με τον όρο του άρθρου 4 § Ε.4 των Γενικών Όρων της Κάλυψης Ι (Έξοδα Νοσοκομειακής Περίθαλψης) του Παραρτήματος Δ' του ασφαλιστηρίου συμβολαίου ζωής που έχει υπογράψει ο Β. Συγκεκριμένα, διότι θεωρεί ότι η εγχείρηση και η θεραπεία που πραγματοποιήθηκε, εκτός της αντιμετώπισης του μορφώματος ρινός, έχουν ρητά εξαιρεθεί της ασφαλιστικής κάλυψης για τα δύο πρώτα χρόνια της ασφαλιστικής κάλυψης και, κατά τον προαναφερόμενο χρόνο της εγχείρησης και θεραπείας δεν είχε παρέλθει το διάστημα των δύο ετών από την έναρξη της ασφάλισης.

Όσον δε αφορά στην έννοια του διαγνωσθέντος ιατρικού προβλήματος και στην υπαγωγή ή μη αυτού στις εξαιρούμενες για τα δύο πρώτα έτη της ασφάλισης περιπτώσεις, και δη, ως προς την επιστημονική άποψη των ιατρών για το εάν η παθολογία του ιγμορείου δημιουργείται ή/και συνδέεται με την ύπαρξη σκολίωσης ρινικού διαφράγματος και άρα εάν μπορεί ή όχι να ενταχθεί στις επιλοκές αυτού, οι γνώμες, σύμφωνα τουλάχιστον με τα στοιχεία που έχουν τεθεί υπόψη της Αρχής για την ερευνώμενη υπόθεση, δεν είναι ταυτόσημες, αλλά διαφοροποιούνται.

Κατά την άποψη της Εταιρίας στην από 20.04.2007 απάντησή της προς την Αρχή σε συνδυασμό με την από 23.04.2007 συμπληρωματική-διευκρινιστική αυτής (αρ. πρωτ. εισερχ. και αντίστοιχα): «(...) τα έξοδα νοσηλείας που πραγματοποιήθηκαν δεν αποζημιώνονται, δεδομένης της σχετικής εξαίρεσης περί «ρινικού διαφράγματος και των επιλοκών του», καθώς η αναμφισβήτητη ύπαρξη σκολίωσης ρινικού διαφράγματος όχι μόνο δημιουργεί αλλά και επιτείνει παθήσεις των παραρρινίων κόλπων, όπως η ιγμορίτιδα, η κολπίτιδα, η ηθμοειδίτιδα και η σφηνοειδίτιδα. Μάλιστα, εκ των συνηθέστερων αιτίων εμφάνισης χρόνιας παραρρινοκολπίτιδας αναγνωρίζεται βιβλιογραφικά τόσο η σκολίωση ρινικού διαφράγματος όσο και η αλλεργική ρινίτιδα.(...)». Η ασφαλιστική εταιρία δηλώνει επιπλέον ότι η θέση της στηρίχθηκε σε επιστημονικά κριτήρια και στις σχετικές με αυτά γνωμοδοτήσεις συμβούλων ιατρών της.

Σε ευθεία διαφοροποίηση με την παραπάνω άποψη, ο θεράπων ιατρός της ασφαλισμένης Γ, κ. με ειδικότητα ωτορινολαρυγγολόγου και την ιδιότητα του Διευθυντή του Ωτορινολαρυγγολογικού τμήματος του εν λόγω ιδιωτικού θεραπευτηρίου, αναφέρει στο από 26.06.2006 ιατρικό του σημείωμα: «*Η ασθενής Γ προσήλθε με αναπνευστική δυσχέρεια και επιμένουσα κεφαλαλγία επί εδάφους υπερτροφίας μέσης ρινικής κόγχης δεξιά, απόφραξης μέσου ρινικού πόρου σύστοιχα και μορφώματος ρινικού διαφράγματος αριστερά. Η ασθενής υποβλήθηκε σε μέση ρινοαντρωστομία δεξιά (ενδοσκοπικά) και κογχοτομή. Το μόρφωμα βρισκόταν επί του σκολιού τμήματος του διαφράγματος. Ως εκ τούτου για να καταστεί δυνατή η πλήρης αποκόλληση του μορφώματος θεωρήθηκε αναγκαία η χειρουργική διόρθωση του ρινικού διαφράγματος. Αναμένεται ιστολογικός έλεγχος του μορφώματος.*». Επιπλέον στο ίδιας ημερομηνίας δεύτερο ιατρικό του σημείωμα αναφέρει: «*Η ασθενής Γ*

²⁷ Βλ. υποσημείωση αρ. 26 ·ΑΠ 969/2003.

υποβλήθηκε σε μέση ρινοαντροστομία δεξιά λόγω κατάληψης του δεξιού ιγμορείου . Η εν λόγω επέμβαση καθώς και η παθολογία του ιγμορείου είναι ανεξάρτητα με τη σκολίωση του ρινικού διαφράγματος. Ο ευθειασμός του ρινικού διαφράγματος προηγήθηκε της μέσης ρινοαντροστομίας καθαρά για τεχνικούς λόγους.»

Εντοπίζεται επομένως επιστημονική διαφωνία για το εάν και κατά πόσο δηλαδή η σκολίωση του ρινικού διαφράγματος συνδέεται ή πολύ περισσότερο αποτελεί τη μόνη αιτία για τη δημιουργία παθολογίας του ιγμορείου. Επομένως, διαπιστώνεται ότι **υπάρχει κενό, ασάφεια και αμφιβολία ως προς το εάν η παθολογία του ιγμορείου μπορεί να θεωρηθεί ευθέως και αποκλειστικά ως επιπλοκή της σκολίωσης του ρινικού διαφράγματος**. Εφόσον λοιπόν για το ζήτημα αυτό υπάρχει διαφωνία επιστημόνων ιατρών ως προς το νόημα των «επιπλοκών του ρινικού διαφράγματος» διαπιστώνεται κατά τρόπο αντικειμενικό ότι και ο μέσης ακόμη πείρας (συναλλακτικής κλπ.) αλλ' ωσαύτως και ο μέσης αντιληπτικής και γνωστικής ικανότητας, καταναλωτής (πελάτης), από τον ευρύ και αόριστο κύκλο των επιθυμούντων να ασφαλιστούν και προς τους οποίους αντίστοιχα η ασφαλιστική εταιρία, απευθύνει, την εν λόγω απαλλακτική της ρήτρα (όρο) περί εξαιρέσεως, δεν μπορούσε να αντιληφθεί την πραγματική έννοια αυτής, και δη ως προς το εάν, με τον ιατρικό όρο «επιπλοκές ρινικού διαφράγματος» εννοείται και η παθολογία του ιγμορείου²⁸.

Ενόψει όλων των ανωτέρω και με τη λήψη υπόψη, στη συγκεκριμένη αυτή περίπτωση, των γενικών αρχών (ρητρών) της καλής πίστης και των συναλλακτικών ηθών, σύμφωνα με τα άρθρα 173 και 200 ΑΚ, σε συνδυασμό και με τα διδάγματα της κοινής ανθρώπινης εμπειρίας και της λογικής²⁹, καθόσον άλλωστε, λόγω της διάστασης αντιλήψεων ως προς την έννοια των επιπλοκών του ρινικού διαφράγματος, **θα έπρεπε η ασφαλιστική εταιρία να έχει προσπαθήσει να διευκρινίσει και να προσδιορίσει όσο το δυνατόν πιο ευκρινώς στα ασφαλιστήρια συμβόλαια και τους τιθέμενους ΓΟΣ, το ποιας μορφής και τύπου επιπλοκές εννοεί, ως προς την εξαίρεση που προβλέπει για τα δύο πρώτα έτη της ασφαλιστικής της κάλυψης και κατ' εφαρμογή της προπαρατεθείσας διάταξης, του άρθρου 2 παρ. 5 του Ν. 2251/1994, όπως αυτός ίσχυε πριν από την τροποποίησή του με το Ν.3587/2007, καθώς και του άρθρου 5 εδάφιο β' της Οδηγίας 93/13/ΕΟΚ πρέπει, λόγω της ανακλύπτουσας ακριβώς, ως άνω, αμφιβολίας, να ερμηνευτεί ο όρος αυτός (ρήτρα), υπέρ του ασφαλισμένου, λόγω της ιδιότητάς του, ως καταναλωτή³⁰.**

Υπό το φως των ανωτέρω και επιπλέον δεδομένου ότι:

(α). Δεν κατονομάζονται και δεν αναφέρονται συγκεκριμένα οι ειδικότητες των ιατρών συμβούλων της Εταιρίας που εξέφρασαν την ανωτέρω κρίση, ώστε να προκύπτει το κατά πόσον είναι αυτοί ειδήμονες και επαίοντες περί τα ζητήματα που άπτονται των συγκεκριμένων γνωστικών αντικειμένων (ωτορινολαρυγγολογικά),

(β). Σύμφωνα με το άρθρο 5 §1 εδ. (β) του Ν. 3418/2005 (Κώδικας Ιατρικής Δεοντολογίας) που αναφέρεται στα ιατρικά πιστοποιητικά και τις ιατρικές γνωματεύσεις: «(...) Σε κάθε περίπτωση, τα εκδιδόμενα πιστοποιητικά και οι εκδιδόμενες γνωματεύσεις αφορούν αποκλειστικά στο γνωστικό αντικείμενο της ειδικότητας κάθε ιατρού.(...)»,

²⁸ Βλ. σχετικά ό.π. υποσημείωση αρ. 26· ΕφΑθ 11436/1986 ΕΕμπΔ 1988,478· Γεωργιάδη-Σταθόπουλου ΑΣΤΙΚΟΣ ΚΩΔΙΞ, ΤΟΜΟΣ Ι ΓΕΝΙΚΕΣ ΑΡΧΕΣ, σελ.329.

²⁹ Βλ. και ΑΠ 985/1995 ΝοΒ1997,1120.

³⁰ Βλ. σχετικά ΑΠ 969/2003· ΕφΑθ 4958/2004 ΔΕΕ 2005/196, 1324.

(γ). Δεν προκύπτει πέραν πάσης αμφιβολίας από τη θέση της Εταιρίας ότι η σκολίωση του ρινικού διαφράγματος αποτελεί τη μοναδική και αποκλειστική γενεσιουργό αιτία ή προδιαθεσικό παράγοντα για τη δημιουργία παθολογίας του ιγμορείου, ώστε η τελευταία να θεωρείται άνευ ετέρου ως επιπλοκή της,

(δ). Ούτε από τη θέση της Εταιρίας ούτε από τις γνωματεύσεις του θεράποντος ιατρού της ασφαλισμένης προκύπτει ότι η υπερτροφία των ρινικών κογχών και η αντιμετώπισή της συμπίπτει ή ταυτίζεται ή συνδέεται με τη σκολίωση του ρινικού διαφράγματος, ως εκ τούτου δεν εμπίπτει στην ρητά εξαιρούμενη περίπτωση του άρθρου 4 § Ε.4 των Γενικών Όρων της Κάλυψης Ι (Εξοδα Νοσοκομειακής Περίθαλψης) του Παραρτήματος Δ' του ασφαλιστηρίου συμβολαίου ζωής,

(ε). Σύμφωνα με τα ανωτέρω διαλαμβανόμενα υπό στοιχείο 2(β) υπάρχει υποχρέωση ασφαλιστικής κάλυψης των εξόδων νοσηλείας που αντιστοιχούν στην αντιμετώπιση του μορφώματος ρινός,

π ρ ο κ ύ π τ ε ι ό τ ι

ασφαλιστικά καλυπτόμενες περιπτώσεις μη εμπίπτουσες στην εξαίρεση του ασφαλιστηρίου συμβολαίου είναι όλες όσες πραγματοποιήθηκαν ΕΚΤΟΣ της χειρουργικής διόρθωσης (ευθειαςμού) του ρινικού διαφράγματος και της αναλογίας των εξόδων επέμβασης και νοσηλείας αυτής στο συνολικό κόστος που προέκυψε.

(2δ). Περαιτέρω λαμβάνοντας υπόψη :

(I). Ότι σύμφωνα με το άρθρο 2 (ΠΑΡΟΧΕΣ) §Α αριθμ. (1) (ΕΞΟΔΑ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ ΣΕ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ) στοιχεία (δ) και (ε) εδ. πρώτο, δεύτερο, τρίτο, τέταρτο και έκτο των Γενικών Όρων της Κάλυψης Ι (Εξοδα Νοσοκομειακής Περίθαλψης) του Παραρτήματος Δ' του ασφαλιστηρίου συμβολαίου ζωής που έχει υπογράψει ο Β η ασφαλιστική εταιρία αναγνωρίζει , εφόσον συντρέχουν και οι λοιποί όροι του παραρτήματος, μεταξύ άλλων τα παρακάτω έξοδα:

«(...) δ) Αμοιβές θεράποντων ιατρών για παροχή υπηρεσιών εντός του νοσοκομείου κατά τη διάρκεια της νοσηλείας του ασφαλισμένου, σύμφωνα με τον ΠΙΝΑΚΑ ΑΝΩΤΑΤΩΝ ΟΡΙΩΝ ΚΑΛΥΠΤΟΜΕΝΩΝ ΑΜΟΙΒΩΝ (...).

ε) Αμοιβή χειρουργού και αναισθησιολόγου σε περίπτωση χειρουργικής επέμβασης του ασφαλισμένου για παροχή υπηρεσιών εντός του νοσοκομείου κατά τη διάρκεια της νοσηλείας σύμφωνα με τον ΠΙΝΑΚΑ ΑΝΩΤΑΤΩΝ ΟΡΙΩΝ ΚΑΛΥΠΤΟΜΕΝΩΝ ΑΜΟΙΒΩΝ ΧΕΙΡΟΥΡΓΩΝ ΚΑΙ ΑΝΑΙΣΘΗΣΙΟΛΟΓΩΝ του παρόντος παραρτήματος.

●Το ανώτατο όριο αμοιβής χειρουργού και αναισθησιολόγου κατά χειρουργική επέμβαση είναι ανάλογο της βαρύτητας της χειρουργικής επέμβασης, όπως αυτή καθορίζεται στον πίνακα ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΩΝ ΕΠΕΜΒΑΣΕΩΝ του παρόντος παραρτήματος. Στα ανώτατα όρια αμοιβής χειρουργού και αναισθησιολόγου συμπεριλαμβάνεται και η αμοιβή για την πριν και μετά την χειρουργική επέμβαση παρακολούθηση του ασθενούς εντός του νοσοκομείου.

●Η αμοιβή χειρουργού και βοηθού χειρουργού δεν θα υπερβαίνει αθροιστικά το ανώτατο όριο κατά κατηγορία χειρουργικής επέμβασης που αναγράφεται στον ΠΙΝΑΚΑ ΑΝΩΤΑΤΩΝ ΟΡΙΩΝ ΚΑΛΥΠΤΟΜΕΝΩΝ ΑΜΟΙΒΩΝ ΧΕΙΡΟΥΡΓΩΝ του παρόντος παραρτήματος.

●Στην περίπτωση που κατά τη διάρκεια μιας νοσηλείας ο ασφαλισμένος υποβληθεί σε δύο ή περισσότερες χειρουργικές επεμβάσεις ταυτόχρονα, οι οποίες διενεργούνται από τον ίδιο χειρουργό, αυτές θεωρούνται ως μία επέμβαση και το ανώτατο όριο αμοιβής χειρουργού καθορίζεται σε ποσό ίσο με αυτό που αντιστοιχεί στη βαρύτερη επέμβαση

που έγινε, σύμφωνα με τον ΠΙΝΑΚΑ ΑΝΩΤΑΤΩΝ ΟΡΙΩΝ ΚΑΛΥΠΤΟΜΕΝΩΝ ΑΜΟΙΒΩΝ ΧΕΙΡΟΥΡΓΩΝ του παρόντος παραρτήματος.(...)

•Για χειρουργική επέμβαση που δεν αναγράφεται στον συνημμένο ΠΙΝΑΚΑ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΩΝ ΕΠΕΜΒΑΣΕΩΝ του παρόντος παραρτήματος το ανώτατο όριο ευθύνης της Εταιρίας είναι ίσο με αυτό που προβλέπεται για χειρουργική επέμβαση ανάλογης βαρύτητας.(...)»,

(II). Τον με αρ. πρωτ. εισερχ./05.07.2007 αναπροσαρμοσμένο ΠΙΝΑΚΑ ΑΝΩΤΑΤΩΝ ΟΡΙΩΝ ΚΑΛΥΠΤΟΜΕΝΩΝ ΑΜΟΙΒΩΝ ΧΕΙΡΟΥΡΓΩΝ ΚΑΙ ΑΝΑΙΣΘΗΣΙΟΛΟΓΩΝ, όπως αυτός ίσχυε όταν πραγματοποιήθηκε η εν θέματι νοσηλεία,

(III). Το από 28.06.2006 τιμολόγιο παροχής υπηρεσιών που εκδόθηκε από το ιδιωτικό θεραπευτήριο «.....», από το οποίο ωστόσο δεν προκύπτει με ακρίβεια η αντιστοιχία των δαπανών νοσηλείας ανά επέμβαση (π.χ. έξοδα χειρουργείου, αμοιβές χειρουργών ιατρών, αμοιβές αναισθησιολόγου, έξοδα αναισθησίας, τυχόν ειδικά υλικά, φάρμακα, υγειονομικό υλικό, ημερήσια νοσήλια κλπ.), με αποτέλεσμα, ως εκ τούτου, να μην μπορεί να επιμεριστεί η αναλογία αυτών στην αντιμετώπιση της μη καλυπτόμενης ασφαλιστικά, κατά το συγκεκριμένο χρονικό διάστημα, επέμβασης ευθειαςμού ρινικού διαφράγματος,

σ υ ν ά γ ε τ α ι

ότι η Εταιρία πρέπει να καταβάλει στην ασφαλισμένη δικαιούχο Γ ως ασφαλιστική αποζημίωση το συνολικό ποσό που αναγράφεται στο τιμολόγιο του ιδιωτικού θεραπευτηρίου **μειωμένο**, αφενός, κατά το ποσό που αντιστοιχεί στην επέμβαση ευθειαςμού του ρινικού διαφράγματος και στην αναλογία αυτής σε όλα τα συνδεόμενα με αυτήν έξοδα νοσηλείας και, αφετέρου, κατά το ποσό που υπερβαίνει τα ανώτατα όρια των καλυπτόμενων ιατρικών αμοιβών, σύμφωνα με τα παραπάνω υπό (2δ) (II) αναφερόμενα. Τα στοιχεία που έχουν τεθεί υπόψη της Αρχής δεν κρίνονται επαρκή ώστε να επιτρέπουν έστω και κατά προσέγγιση τον αριθμητικό υπολογισμό του οφειλόμενου τελικού ποσού.

Α. ΣΥΣΤΑΣΗ

Κατόπιν των ανωτέρω, ο Συνήγορος του Καταναλωτή:

α) Διαπιστώνει, σύμφωνα με τα ως άνω διαλαμβανόμενα, ότι τα συγκεκριμένα έξοδα νοσηλείας δεν πραγματοποιήθηκαν ως αποτέλεσμα παραπλανητικής ή πλημμελούς συμπεριφοράς των υπαλλήλων της ασφαλιστικής εταιρίας, και

β) Απευθύνει σύσταση, σύμφωνα με τις διατάξεις της § 5 του άρθρου 4 του Ν. 3297/2004 προς την Α (ΚΑΤΑΓΓΕΛΛΟΜΕΝΗ) ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΗ ΕΤΑΙΡΙΑ να προβεί άμεσα στην εκπλήρωση των συμβατικών και των εκ του νόμου υποχρεώσεων της με την καταβολή προς τη δικαιούχο της οφειλόμενης ασφαλιστικής αποζημίωσης, όπως αυτή προσδιορίστηκε ανωτέρω.

γ) Καλεί και τα δύο μέρη να του γνωστοποιήσουν εγγράφως εντός δεκαπέντε (15) ημερών εάν αποδέχονται τα διαλαμβανόμενα στην παρούσα έγγραφη σύσταση. Σε περίπτωση συμφωνίας και των δύο μερών, θα καταρτισθεί πρακτικό συμβιβασμού, σύμφωνα με τις διατάξεις του Ν. 3297/2004.

δ) αποφασίζει ότι σε περίπτωση που κάποιο από τα εμπλεκόμενα μέρη δεν αποδεχθεί τα διαλαμβανόμενα στην παρούσα έγγραφη σύσταση, τότε ο Συνήγορος του Καταναλωτή δύναται να ενεργήσει σύμφωνα με τα προβλεπόμενα στο άρθρο 4 παρ. 5 του Ν. 3297/2004.

Ο ΣΥΝΗΓΟΡΟΣ ΤΟΥ ΚΑΤΑΝΑΛΩΤΗ

Γιάννης Δ. Αδαμόπουλος

Εσωτερική Διανομή:

Γραφείο Βοηθού Συνηγόρου του Καταναλωτή
κ. Βασιλική Μπώλου