



**LIETUVOS BANKO  
TEISĖS IR LICENCIJAVIMO DEPARTAMENTO  
DIREKTORIUS**

**SPRENDIMAS**

**DĖL X. X. IR COMPENSA LIFE VIENNA INSURANCE GROUP GINČO NAGRINĖJIMO**

2024-07-05 Nr. 429-148  
Vilnius

Lietuvos bankas gavo X. X. (toliau – pareiškėjas) atstovaujančio Y. Y. (toliau – pareiškėjo atstovas) kreipimąsi, kuriuo pareiškėjo atstovas prašė išnagrinėti tarp pareiškėjo ir *Compensa Life Vienna Insurance Group*, veikiančios Lietuvoje per įsteigtą filialą, (toliau – draudikas) kilusį ginčą.

**N u s t a t y t a:**

2022 m. gruodžio 22 d. – 2079 m. sausio 31 d. draudimo laikotarpiui tarp pareiškėjo atstovo ir draudiko buvo sudaryta Investicinio draudimo sutartis Nr. (*duomenys neskelbtini*) (toliau – Draudimo sutartis), kuria apdraustas pareiškėjas.

Draudimo sutarčiai taikytinos Bendrosios draudimo sąlygos<sup>1</sup>. Susitarimui dėl papildomo draudimo nuo traumos dėl nelaimingo atsitikimo taikomos Specialiosios sąlygos – Papildomas draudimas nuo traumos dėl nelaimingo atsitikimo Nr. 005<sup>2</sup> (toliau – Taisyklės).

Pareiškėjo atstovas 2023 m. gegužės 30 d. draudikui pateikė pranešimą apie 2023 m. gegužės 26 d. pareiškėjo patirtą traumą. Pranešime draudikui pareiškėjo atstovas nurodė: „sūnus X. Y. patyrė traumą, mokykloje pargriuvo ir (*duomenys neskelbtini*), didelė kirstinė žaizda, apribotas aktyvus judėjimas ir sportavimas“ (toliau – Įvykis).

VšĮ Vilniaus universiteto ligoninės Santaros klinikų (toliau – Santaros klinikos) 2023 m. gegužės 26 d. sudarytame Ambulatorinio apsilankymo aprašyme nurodyta diagnozė „(*duomenys neskelbtini*) (ūminės pirmą kartą gyvenime nustatytos ligos) k. (*duomenys neskelbtini*)“. Medicinos dokumento duomenyse apie pareiškėjui taikytą gydymą nurodyta: „skubios pagalbos skyriuje suteikta pagalba: tvarstis, pirminis chirurginis žaizdos sutvarkymas“.

Draudikas, vadovaudamasis Santaros klinikų medicinos dokumente nurodyta informacija apie pareiškėjo traumos pobūdį ir jam taikytą gydymą, 2023 m. liepos 7 d. priėmė sprendimą Įvykiui taikyti Taisyklių Priedo Nr. 1 „Draudimo išmokų, mokamų dėl nelaimingo atsitikimo atveju patirtų traumų, apskaičiavimo lentelės“ (toliau – Lentelė) 71.1 papunkčio sąlygas ir pareiškėjui išmokėti 80 Eur draudimo išmoką.

Pareiškėjo atstovas 2023 m. rugsėjo 21 d. draudikui pateikė pareiškėjo 2023 m. rugsėjo 14 d. UAB „InMedica“ šeimos gydytojo konsultacijos duomenis (t. y. dalį e. sveikatos portale pateikto medicinos dokumento informacijos). Minėto dokumento „Būklės įvertinimo informacijoje“ nurodyta: (*duomenys neskelbtini*) srityje apie 20 cm randas. Ant (*duomenys neskelbtini*) – 10 cm, 3 cm, 1 cm randai. Ant „(*duomenys neskelbtini*) išorinės pusės 3 cm ir 4 cm randai – 3.“

Pareiškėjo atstovas draudikui taip pat pateikė pareiškėjo randų nuotraukas. Remdamasis nurodytais duomenimis, pareiškėjo atstovas draudikui kėlė reikalavimą dėl šeimos gydytojo parengtame medicinos dokumente nurodytų pareiškėjo randų išmokėti papildomą draudimo išmoką. Draudikas, remdamasis pareiškėjo atstovo pateiktomis po Santaros klinikose nustatytos pareiškėjo (*duomenys neskelbtini*) kirstinės žaizdos susidariusių randų nuotraukomis, 2023 m.

<sup>1</sup> Galioja nuo 2022 m. rugsėjo 15 d.

<sup>2</sup> Galioja nuo 2018 m. spalio 1 d.

spalio 25 d. sprendimu informavo pareiškėjo atstovą apie išmokamą papildomą 80 Eur draudimo išmoką<sup>3</sup>.

Pareiškėjo atstovas, nesutikdamas su draudiko sprendimu dėl draudimo išmokos dydžio, draudikui teiktose pretenzijose ir kreipimesi į Lietuvos banką nurodė, kad draudikas nepagrįstai nevertino šeimos gydytojo atliktos pareiškėjo apžiūros metu, be (*duomenys neskelbtini*) kirstinės žaizdos randų, taip pat nustatytų (*duomenys neskelbtini*) randų.

Pareiškėjo atstovas kartu su kreipimusi į Lietuvos banką pateikė 2024 m. vasario 14 d. Valstybinės teismo medicinos tarnybos Vilniaus skyriaus Specialisto išvadą (toliau – Specialisto išvada), kuri, pareiškėjo atstovo teigimu, patvirtina, kad įvykio metu pareiškėjui taip pat buvo padaryti (*duomenys neskelbtini*) sužalojimai.

Pareiškėjo atstovas pabrėžė, kad Santaros klinikose pareiškėjui buvo suteikta tik būtinoji pagalba, tačiau išsamesnis pareiškėjo būklės ir įvykio metu patirtų sužalojimų padarinių įvertinimas buvo atliekamas šeimos gydytojo. Remdamasis nurodytomis aplinkybėmis, pareiškėjo atstovas draudikui kėlė reikalavimą pareiškėjui išmokėti papildomą draudimo išmoką dėl jo (*duomenys neskelbtini*) randų.

Draudikas pareiškėjo atstovui 2024 m. sausio 19 d. ir vasario 13 d. raštais pateiktuose atsakymuose į pretenzijas ir atsiliepime į pareiškėjo atstovo kreipimąsi nurodė, kad, priimdamas sprendimą dėl draudimo išmokos dydžio, vadovavosi pareiškėjo atstovo ir Santaros klinikų iš karto po įvykio draudikui pateiktais duomenimis apie pareiškėjo traumos pobūdį ir padarinius. Draudikas nurodė, jog pareiškėjo atstovo pateikti papildomi dokumentai nepagrindžia pareiškėjo nurodytų aplinkybių, kad visi šeimos gydytojo atliktos pareiškėjo apžiūros metu užfiksuoti randai yra susiję su įvykiu.

Draudikas nurodė, kad jis tinkamai pritaikė Draudimo sutarties sąlygas ir atsisakė išmokėti draudimo išmoką tik dėl tų pareiškėjo randų, kurie nėra priežastiniu ryšiu susiję su įvykio metu pareiškėjui padarytais kūno sužalojimais. Remdamasis nurodytomis aplinkybėmis, draudikas pabrėžė, kad jam nekyla pareiga mokėti pareiškėjo atstovo reikalaujamos draudimo išmokos dėl pareiškėjo (*duomenys neskelbtini*) sužalojimo atsiradusių padarinių (likusių randų).

#### K o n s t a t u o j a m a :

Vadovaujantis Lietuvos banko valdybos 2012 m. sausio 26 d. nutarimu Nr. 03-23 patvirtintų Vartotojų ir finansų rinkos dalyvių ginčų neteisminio sprendimo procedūros Lietuvos banke taisyklių 44 punktu, vartojimo ginčai Lietuvos banke nagrinėjami laikantis rungimosi, ginčų nagrinėjimo operatyvumo, koncentracijos, ekonomiškumo ir bendradarbiavimo principų. Vartotojas ir finansų rinkos dalyvis privalo įrodyti tas aplinkybes, kuriomis remiasi kaip savo reikalavimų arba atsikirtimų pagrindu, išskyrus atvejus, kai remiamasi aplinkybėmis, kurių nereikia įrodinėti. Nagrinėdamas ginčą Lietuvos bankas atlieka ginčo šalių pateiktų įrodymų vertinimą ir jo pagrindu priima sprendimą.

Atsižvelgiant į ginčo šalių nurodytas aplinkybes ir pateiktus įrodymus, darytina išvada, kad šalių ginčas kilo dėl draudiko sprendimo atsisakyti išmokėti draudimo išmoką dėl pareiškėjo (*duomenys neskelbtini*) randų pagrįstumo.

*Siekiant išnagrinėti tarp pareiškėjo ir draudiko kilusį ginčą, būtina įvertinti, ar draudikas tinkamai pritaikė Draudimo sutarties sąlygas ir ar pagrįstai atsisakė išmokėti pareiškėjo atstovo nurodytą papildomą draudimo išmoką.*

Pagal Lietuvos Respublikos civilinio kodekso (CK) 6.987 straipsnio 1 dalyje įtvirtintą draudimo sutarties sampratą, 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<sup>4</sup>. Draudimo apsauga nustatoma tiek draudiko parengtomis draudimo rūšies taisyklėmis (standartinės sąlygos), tiek draudimo liudijime aptartomis individualiomis sąlygomis. Kasacinio

<sup>3</sup> Iš viso dėl įvykio pareiškėjui buvo išmokėta 160 Eur draudimo išmoka.

<sup>4</sup> Lietuvos Respublikos draudimo įstatymo 2 straipsnio 2 dalies 10 punktas.

teismo praktikoje pažymėta, kad draudimo taisyklės yra standartinės, bendros sąlygos, paprastai taikomos visiems draudėjams, sudarantiems atitinkamos draudimo rūšies sutartį su tuo pačiu draudiku, o draudimo liudijime nurodomi ne bendri, bet konkrečią sutartį individualizuojantys duomenys<sup>5</sup>.

Lietuvos bankui pateikti įrodymai patvirtina, kad draudikas įvykiui pritaikė draudimo liudijimo, Taisyklių ir Lentelės sąlygas. Draudimo liudijime nurodyta apdraustojo traumų draudimo suma yra 8 000 Eur. Taisyklių 7.1 papunktis nustato, kad, įvykus draudžiamajam įvykiui, pagal Draudimo sutarties sąlygas draudimo išmoka gali būti lygi traumų draudimo sumai arba „procentinei daliai, priklausomai nuo apdraustojo sveikatos pažeidimų dydžio“. Draudimo išmokos dydis nustatomas pagal Lentelės sąlygas.

Duomenys, pateikti Lietuvos bankui, patvirtina, kad iš karto po įvykio draudikui pateiktų įrodymų apie pareiškėjo sužalojimo pobūdį ir pasekmes pagrindu draudikas pritaikė Lentelės 71.1 papunktio sąlygas. Minėtas papunktis nustato, kad dėl pareiškėjo minkštųjų audinių pažeidimo, dėl kurio audiniai buvo susiūti (sukabinti), išmokama 1 procentą traumų draudimo sumos sudaranti draudimo išmoka.

Remiantis Lentelės 71 punkto pastabomis, draudimo išmoka dėl randų nustatoma ne anksčiau, kaip praėjus 3 (trims) mėnesiams nuo draudžiamąjį įvykio dienos. Kai suėjo nurodytas terminas ir pareiškėjo atstovas pateikė duomenis apie po pareiškėjo (*duomenys neskelbtini*) sužalojimo gydymo likusį randą, draudikas perskaičiavo draudimo išmoką, pritaikydamas Lentelės 71.2 papunktio sąlygas.

Lentelės 71.2 papunktis nustato, kad dėl minkštųjų audinių pažeidimo (dėl mechaninio, cheminio, terminio ar kitokio ūminio prievartinio poveikio), pasibaigus gijimo procesui, iki 16 amžiaus apdraustajam likus 2 m<sup>2</sup> ploto ar didesniai randui mokama 2 procentus traumų draudimo sumos sudaranti draudimo išmoka. Todėl pareiškėjui dėl įvykio buvo išmokėta 160 Eur draudimo išmoka, sudaranti 2 procentus 8 000 Eur traumų draudimo sumos.

Svarbu pažymėti, kad nėra šalių ginčo dėl draudimo išmokos, mokamos dėl pareiškėjo patirto (*duomenys neskelbtini*) sužalojimo, dydžio ir draudiko pritaikytų Draudimo sutarties sąlygų pagrįstumo. Šalių ginčas kyla dėl draudiko atsisakymo išmokėti papildomą draudimo išmoką dėl 2023 m. rugsėjo 14 d. šeimos gydytojo atliktos pareiškėjo apžiūros metu nustatytų jo (*duomenys neskelbtini*) randų.

Vertinant ginčo šalių nurodytas aplinkybes, kuriomis jos remiasi kaip savo reikalavimų ir atsikirtimų pagrindu, bei pateiktus įrodymus, pažymėtina, kad draudikas, siekdamas pagrįsti sprendimą nemokėti draudimo išmokos dėl pareiškėjo (*duomenys neskelbtini*) randų, rėmėsi iš karto po įvykio Santaros klinikų parengtuose medicinos dokumentuose užfiksuotais ir pareiškėjo atstovo pateiktais duomenimis apie pareiškėjo patirto sužalojimo padarinius.

Santarų klinikų sudarytame Ambulatorinio apsilankymo aprašyme nurodyta, kad gydytojo apžiūros metu buvo nustatyta 4 cm negili pareiškėjo (*duomenys neskelbtini*) žaizda ir įtvirtinta „(*duomenys neskelbtini*)“ diagnozė. 2023 m. gegužės 25 d. Santarų klinikų Traumą patyrusio paciento apžiūros lape taip pat nurodyti duomenys tik apie gydytojo apžiūros metu nustatytą pareiškėjo 4 cm negilią muštinę (*duomenys neskelbtini*) žaizdą.

Gydymo įstaigos, kuri atliko apdraustojo apžiūrą iš karto po įvykio ir pareiškėjui suteikė būtinąją pagalbą, parengtame medicinos dokumente nebuvo nurodyta jokių duomenų apie pareiškėjo (*duomenys neskelbtini*) įvykio metu patirtus (*duomenys neskelbtini*) sužalojimus. Pareiškėjo atstovas draudikui tik pateikė informaciją apie pareiškėjo (*duomenys neskelbtini*) kirstinę žaizdą. Minėti duomenys neprieštarauja Santarų klinikų gydytojų pareiškėjo apžiūros metu nustatytiems duomenims apie jo traumos padarinius.

Nagrinėjamu atveju taip pat reikšminga aplinkybė pripažintini duomenys, kad pareiškėjo atstovas 2023 m. gegužės 30 d. draudikui atsiuntė pareiškėjo po įvykio patirtų traumos padarinių nuotraukas, kuriose yra matoma tik pareiškėjo (*duomenys neskelbtini*) žaizda su tvarsčiu bei žaizdos ilgio išmatavimas. Pareiškėjo atstovas draudikui pateiktoje informacijoje nurodė, kad draudikui yra siunčiama pareiškėjo 5 cm ilgio „(*duomenys neskelbtini*) kirstinės žaizdos“ nuotrauka.

Todėl, remiantis Lietuvos bankui pateiktais įrodymais, darytina išvada, kad pareiškėjo atstovas iš karto po įvykio draudikui pateikė medicinos informaciją pagrįstus duomenis apie pareiškėjo (*duomenys neskelbtini*) sužalojimą įvykio metu.

<sup>5</sup> Lietuvos Aukščiausiojo Teismo 2019 m. birželio 27 d. nutartis, priimta civilinėje byloje Nr. 3K-3-221-403/2019; 2016 m. kovo 10 d. nutartis civilinėje byloje Nr. 3K-3-143-313/2016.

Pažymėtina, kad pareiškėjo atstovas, teikdamas draudikui reikalavimą mokėti draudimo išmoką dėl pareiškėjo (*duomenys neskelbtini*) randų, rėmėsi šeimos gydytojo (*duomenys neskelbtini*) parengtu medicinos dokumentu, kuriame nurodytos aplinkybės apie gydytojo apžiūros metu užfiksuotus pareiškėjo randus. Pareiškėjo atstovas taip pat nurodė, kad Santaros klinikose pareiškėjui buvo tik suteikta būtinoji medicinos pagalba, tačiau išsami apdraustojo apžiūra buvo atlikta ir jam skirtas gydymas taikytas šeimos gydytojo.

Vertinant šias pareiškėjo atstovo nurodytas aplinkybes, pažymėtina, kad Santarų klinikų sudarytame dokumente nurodytose „Gydymo, slaugos, darbo, ambulatorinės apžiūros rekomendacijose“ buvo pateikta rekomendacija „tvartį nuimti po 4 dienų“. Tačiau pareiškėjo atstovas nenurodė aplinkybių ir nepateikė duomenų, kad po būtinosios pagalbos Santaros klinikose pareiškėjui suteikimo jam buvo taikomas ambulatorinis gydymas.

Lietuvos bankui pateikti įrodymai taip pat negali pagrįsti aplinkybių, kad iki (*duomenys neskelbtini*) apdraustojo šeimos gydytojo atliktos apžiūros pareiškėjas būtų kreipėsi į šeimos gydytoją dėl įvykio padarinių gydymo ir (arba) išaiškėjusių naujų įvykio metu patirtų sužalojimų. Svarbu pažymėti, kad pareiškėjo atstovo pateikti paaiškinimai patvirtina, jog pareiškėjo (*duomenys neskelbtini*) kreipimosi į šeimos gydytoją priešastimi buvo jo sveikatos būklės patikrinimas, siekiant gauti mokinio sveikatos pažymėjimą.

Lietuvos bankui pateikti įrodymai negali patvirtinti, kad pareiškėjo 2023 m. rugsėjo 14 d. vizito gydymo įstaigoje tikslu buvo papildomų įvykio metu patirtų pareiškėjo sužalojimų nustatymas, didesnių traumos padarinių pasireiškimas, sužalojimų komplikacijos ar taikytas jų gydymas. Pažymėtina, kad nors šeimos gydytojo pareiškėjo sveikatos būklei nustatyti atliktos apžiūros metu buvo užfiksuoti (*duomenys neskelbtini*) randai, tačiau, kaip pagrįstai nurodė draudikas, šie duomenys nurodyti bendroje apdraustojo „Būklės įvertinimo informacijoje“.

Išrašė iš šeimos gydytojo sudaryto medicinos dokumento taip pat nurodyti duomenys apie apdraustojo „Nusiskundimus, anamnezę“. Minėtoje informacijoje nurodyta, kad „bėgo ir pargriuvo, smarkiai susižalojo. Pagalba suteikta Santaros klinikų skubios pagalbos skyriuje. Pasekmės sugijus žaizdoms, susiformavę hipertrofiniai randai.“ Tačiau, kaip minėta, Lietuvos bankui nebuvo pateikta duomenų, patvirtinančių, kad iki (*duomenys neskelbtini*) pareiškėjas buvo kreipėsi į šeimos gydytoją ir kad šeimos gydytojas būtų nustatęs, jog visi (*duomenys neskelbtini*) nustatyti pareiškėjo randai buvo susiję su įvykio metu patirtais apdraustojo sužalojimais.

Atsižvelgiant į tai, darytina išvada, kad (*duomenys neskelbtini*) medicinos dokumente buvo nurodyta tik šeimos gydytojui suteikta informacija apie pareiškėjo nusiskundimus. Minėti duomenys negali patvirtinti, kad medicinos dokumento „Nusiskundimų, anamnezės“ skiltyje buvo įtvirtinti medicinos duomenų pagrindu nustatyti objektyvūs duomenys apie įvykio metu pareiškėjo patirtos traumos pasekmes.

Nagrinėjamu atveju pareiškėjo atstovas taip pat rėmėsi Specialisto išvados duomenimis. Specialisto išvadoje, be kitų duomenų, nurodyta, kad pareiškėjui buvo nustatytos „randais sugijusios žaizdos (*duomenys neskelbtini*) paviršiuje, (*duomenys neskelbtini*) – prieš 6 mėnesių iki 1,5 metų laikotarpio intervale nuo apžiūros“.

Pažymėtina, kad Specialisto išvados parengimo priešastimi buvo pareiškėjo sveikatos sutrikdymo masto nustatymas. Specialistas, atlikdamas pareiškėjo kūno apžiūrą, vertino duomenis ne tik apie laikotarpį nuo 6 mėnesių iki 1,5 metų galimai įvykusius pareiškėjo sužalojimus, bet ir apžiūros metu nustatė pareiškėjo „odos nubrozdinimą (*duomenys neskelbtini*), padarytą prieš 1–2 savaites iki apžiūros, odos nubrozdinimą (*duomenys neskelbtini*), padarytą prieš 2–7 paras iki apžiūros“. Taip pat specialistas nustatė „randais sugijusias žaizdas (*duomenys neskelbtini*), kurios yra daugiau nei 1,5 metų senumo“.

Specialisto išvados duomenys patvirtina, kad ekspertas vertino visus matomus pareiškėjo sužalojimų padarinius, siekdamas įvertinti bendrą pareiškėjo sveikatos būklę. Specialisto išvadoje konstatuojama, kad, įvertinus laikotarpį nuo 2 parų iki apžiūros iki 1,5 metų senumo pareiškėjo žaizdas ir dėl jų susidariusius randus, buvo nustatytas pareiškėjo nežymus sveikatos sutrikdymas.

Atsižvelgiant į Specialisto išvados duomenis, pažymėtina, kad specialistas vertino tuos pačius medicinos dokumentus, kaip ir draudiko gydytojas ekspertas. Specialisto išvadoje nebuvo nurodyta jokių naujų aplinkybių ir nepateikta duomenų apie laikotarpį iki (*duomenys neskelbtini*) šeimos gydytojo pareiškėjo apžiūros atlikimo nustatytus papildomus įvykio metu padarytus sužalojimus ir taikytą jų gydymą.

Todėl, įvertinus Specialisto išvados duomenis, darytina išvada, kad pareiškėjo sveikatos sutrikdymo mastui nustatyti atliktas jo sveikatos būklės vertinimas nenuginčia draudiko gydytojo eksperto Įvykio administravimo metu surinktų duomenų pagrindu padarytos išvados, jog šeimos gydytojo pareiškėjo apžiūros metu nustatyti (*duomenys neskelbtini*) randai priešastiniu ryšiu nėra susiję su Įvykio metu padarytais sužalojimais.

Pažymėtina, kad Specialisto išvada buvo parengta 2024 m. vasario 14 d., o Įvykis įvyko 2023 m. gegužės 26 d. Todėl Specialisto išvadoje nurodyti duomenys apie laikotarpį nuo 6 mėnesių iki 1,5 metų galimai padarytus pareiškėjo sužalojimus, dėl kurių liko (*duomenys neskelbtini*) randai, vienareikšmiškai nepagrindžia, kad minėti sužalojimai buvo padaryti būtent 2023 m. gegužės 26 d. įvykusio Įvykio metu. Be to, kaip minėta, (*duomenys neskelbtini*) Įvykio metu sužalojimų nepatvirtina iš karto po Įvykio Santaros klinikų medikų užfiksuoti ir pareiškėjo atstovo draudikui nurodyti duomenys apie pareiškėjo traumos pasekmes.

Todėl, apibendrinant Lietuvos banko nustatytas aplinkybes ir vadovaujantis įrodymų visumos įvertinimu, darytina išvada, kad Specialisto išvados duomenys negali nuginčyti iš karto po Įvykio surinktų duomenų pagrindu draudiko padarytos išvados apie pareiškėjo dėl Įvykio patirtų sužalojimų mastą. Draudiko sprendimas dėl draudimo išmokos pagal Lentelės 71.2 papunkčio sąlygas mokėjimo atitinka Įvykio administravimo metu surinktus įrodymus apie pareiškėjui Įvykio metu padarytus sužalojimus ir jam taikytą gydymą.

Atsižvelgiant į tai, pažymėtina, kad draudikui 2023 m. rugsėjo 14 d. UAB „InMedica“ gydytojo ir Specialisto išvadą parengusio eksperto pareiškėjo apžiūros duomenų pagrindu keliamas reikalavimas mokėti draudimo išmoką dėl pareiškėjo (*duomenys neskelbtini*) randų 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 pareiškėjo (*duomenys neskelbtini*) 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