



**LIETUVOS BANKO  
PRIEŽIŪROS TARNYBOS  
FINANSINIŲ PASLAUGŲ IR RINKŲ PRIEŽIŪROS DEPARTAMENTO  
DIREKTORIUS**

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

2020 m. balandžio 15 d. Nr. V 2020/(21.27.E-2101)-242-163  
Vilnius

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

N u s t a t y t a:

2019 m. rugpjūčio 18 d. draudikas ir Y. Y. sudarė Kelionių draudimo sutartį (draudimo liudijimo Nr. *(duomenys neskelbtini)*) (toliau – Draudimo sutartis), kuria Kelionių draudimo taisyklių Nr. 061 (patvirtintų 2016 m. lapkričio 10 d. draudiko valdybos posėdyje, galiojusių nuo 2016 m. gruodžio 6 d.) (toliau – Taisyklės) pagrindu buvo apdrausti pareiškėjos ir Y. Y. turiniai interesai, susiję su finansinių nuostolių dėl turėtų nenumatytų išlaidų (įskaitant medicinos išlaidas) vykstant į užsienį ar kelionės metu atlyginimu.

2019 m. rugsėjo 10 d. pareiškėja telefonu pranešė draudikui apie Austrijoje nutikusį įvykį: 2019 m. rugsėjo 4 d. sušlubavo pareiškėjos sveikata (pareiškėjos teigimu – patyrus širdies priepuolį), todėl greitosios medicinos pagalbos automobiliu pareiškėja buvo išvežta į gydymo įstaigą (ligoninę), iš gydymo įstaigos, atlikus tyrimus, ji buvo išleista 2019 m. rugsėjo 5 d. Pareiškėja taip pat informavo, kad po įvykio grįžo į Lietuvą, bus gydoma toliau.

2019 m. rugsėjo 10 d. pranešime draudikas paprašė pareiškėjos pateikti medicinos dokumentus iš Austrijos gydymo įstaigos (pažymas, išrašus) su nurodytais nusiskundimais, gydymo eiga bei diagnoze; gydymo įstaigos paslaugų apmokėjimą patvirtinančius dokumentus (sąskaitas, kvitus); asmens dokumento kopiją; banko sąskaitos numerį; kelionės bilietų kopijas.

2019 m. rugsėjo 17 d. pareiškėja pateikė draudikui užsienio gydymo įstaigos medicinos dokumentus, asmens dokumento ir kelionės bilietų kopijas, taip pat Europos sveikatos draudimo kortelės kopiją, 37 Eur sąskaitos už kelionę iš medicinos įstaigos į viešbutį taksi automobiliu kopiją, kelionės draudimo liudijimo kopiją ir viešbučio patvirtinimą apie pareiškėjai suteiktas paslaugas.

2019 m. rugsėjo 19 d. pranešimu draudikas informavo pareiškėją baigęs žalos administravimą ir nurodė negalintis priimti galutinio sprendimo dėl įvykio pripažinimo draudžiamuoju, nes pareiškėja pateikė ne visą 2019 m. rugsėjo 10 d. rašte nurodytą informaciją. Pareiškėja taip pat buvo informuota, kad per vienus metus nuo šio pranešimo gavimo gali kreiptis į draudiką dėl pakartotinio sprendimo svarstymo ir pateikti trūkstantus dokumentus.

2019 m. rugsėjo 24 d. pareiškėja pateikė draudikui skundą, jame nurodė pateikusi visų prašytų dokumentų kopijas, o sąskaitos už medicinos paslaugas nėra gavusi: kol sąskaitos bus atsiųstos iš Austrijos, gali tekti kelis mėnesius palaukti. Pareiškėja nurodė pateiksianti sąskaitas vos tik jas gavusi.

2019 m. spalio 1 d. pareiškėja pateikė draudikui prašymą išmokėti draudimo išmoką, atlyginančią 37 Eur išlaidas už kelionę taksi automobiliu iš gydymo įstaigos į viešbutį.

2019 m. spalio 8 d. pareiškėja pateikė draudikui prašymą kompensuoti išlaidas už transportavimą į gydymo įstaigą greitosios medicinos pagalbos automobiliu, kurias pareiškėja patyrė apmokėdama Austrijos gydymo įstaigos pateiktą sąskaitą. Kartu su prašymu pareiškėja pateikė draudikui Austrijos raudonojo kryžiaus išrašytą 71,17 Eur sąskaitą už transportavimą greitosios medicinos pagalbos automobiliu.

Gavęs papildomus duomenis draudikas atnaujino žalos administravimą ir 2019 m.

spalio 10 d. pranešimu informavo pareiškėją apie priimtą sprendimą. Draudikas nurodė įvertinęs pareiškėjos 2019 m. rugsėjo 24 d. skundą ir 2019 m. spalio 1 d. bei spalio 8 d. prašymus ir su jais pateikus dokumentus ir nusprendęs pareiškėjos reikalavimų netenkinti. Draudikas teigė, kad, pagal Taisyklių 38 punktą, draudžiamasis įvykis yra apdraustojo kreipimasis į gydymo įstaigą užsienyje dėl atsitiktinio kūno sužalojimo ir (ar) netikėto ūmaus sveikatos sutrikimo, kurių pirmieji simptomai, keliantys grėsmę apdraustojo gyvybei bei reikalaujantys būtinosios medicinos pagalbos, atsirado draudimo sutarties galiojimo laikotarpiu apdraustajam esant užsienyje, išskyrus įvykius, išvardytus Taisyklių 36, 37, 45 ir 46 punktuose. Pagal Taisyklių 46.3 papunktį, draudikas neapmoka išlaidų, susijusių su gydymu, viršijančiu būtiną medicinos pagalbą, paslaugomis, kurios nėra būtinos pagal medicinos indikacijas, arba apdraustojo sveikatos būklė pagerėjo tiek, kad jis pats, lydimas kito asmens arba medicinos personalo toliau gydytis galėjo grįžti į šalį. Draudikas taip pat nurodė, kad būtinoji medicinos pagalba pagal Taisyklių 12 punktą suprantama kaip pirmoji skubi medicinos pagalba užsienio asmens sveikatos priežiūros įstaigose (ambulatorinėse ir stacionarinėse) dėl kilusios grėsmės apdraustojo sveikatai, kurios negalima atidėti iki to momento, kol apdraustasis grįš į šalį, kurios pilietybę apdraustasis turi arba kurioje jis nuolat gyvena ir turi leidimą nuolat gyventi.

Minėtame pranešime nurodyta, kad draudiko gydytojas ekspertas, įvertinęs pareiškėjos pateiktus užsienio gydymo įstaigos medicinos dokumentus, nustatė, jog pareiškėja jau turėjo diagnozuotą širdies ligą ir maždaug metus jautė nuo fizinio krūvio atsirandantį dusulį ir spaudimą krūtinėje. Draudikas teigė, kad dokumentuose taip pat nurodyta, kad atvykusi į gydymo įstaigą pareiškėja jau jautė minėtus simptomus, jie juntami maždaug metus, dokumentuose nenurodyta, kad pareiškėjos sveikata pablogėjo arba kad jai būtina skubi medicinos pagalba, taip pat nurodyta, kad pareiškėjos būklė yra gera ir nėra ūminio koronarinio sindromo požymių. Įvertinus pareiškėjos būklę ir atliktus tyrimus, nebuvo nustatytos ūmios patologijos arba pakitimų.

Draudikas, remdamasis gydytojo eksperto išvada, konstatavo, kad pareiškėjai suteikta medicinos paslauga neatitinka Taisyklių 12 punkte nurodytos būtinosios medicinos pagalbos sąvokos, todėl, vadovaujantis Taisyklių 46.3 papunkčiu, draudimo išmoka, atlyginanti pareiškėjos išlaidas, patirtas dėl suteiktų medicinos paslaugų, nebus mokama. Kartu su pranešimu pareiškėjai buvo pateiktas draudiko sveikatos, kelionių ir asmens žalų skyriaus gydytojo eksperto E. D. atliktas pareiškėjos pateiktų medicinos dokumentų vertinimas, jame nurodyta, kad pareiškėjai nustatytas mitralinio vožtuvo nepakankamumas, o šis sutrikimas, eksperto nuomone, gali būti lėtinis, nes pareiškėja vartoja diuretikus.

Pareiškėja su draudiko priimtu sprendimu nesutiko, todėl 2020 m. sausio 3 d. kreipėsi į Lietuvos banką: nustačius, kad pareiškėja, prieš kreipdamasi į Lietuvos banką, dėl to paties ginčo ir su tuo pačiu reikalavimu nebuvo kreipusis į draudiką, vadovaujantis Lietuvos Respublikos teisės aktų nuostatomis, pareiškėjos kreipimasis buvo persiųstas draudikui tam, kad šis pateiktų pareiškėjai motyvuotą atsakymą. Minėtame kreipimesi pareiškėja teigė, kad draudiko darbuotojai išsigalvojo aplinkybę dėl diuretikų vartojimo, dėl to pažeidė jos teises ir orumą. Pareiškėja prašė draudiko kompensuoti 71,17 Eur išlaidas už transportavimą greitosios medicinos pagalbos automobiliu į gydymo įstaigą ir 37 Eur išlaidas už kelionę taksi automobiliu iš gydymo įstaigos į viešbutį, o nesutikus mokėti draudimo išmokos – gražinti 53,01 Eur draudimo įmoką.

2020 m. sausio 23 d. rašte, atsakydamas į Lietuvos banko persiūtą pareiškėjos pretenziją, draudikas iš esmės pakartojo 2019 m. spalio 10 d. pranešimo argumentus, taip pat papildomai pasisakė dėl pranešime minėto teiginio, kad pareiškėja vartoja diuretikus. Draudiko teigimu, jo ekspertas rėmėsi pareiškėjos pateiktais dokumentais iš gydymo įstaigos, kuriuose nurodyta, kad dėl nežymių kojų edemų pacientė kartą per parą vartoja *Furosemid*. Tai, draudiko teigimu, yra diuretikų grupei priklausantys vaistai, kurie vartojami edemai, susijusiai su kepenų ciroze, staziniu širdies nepakankamumu ar inkstų veiklos sutrikimu, šalinti tuo atveju, jeigu būtini greitai ir stipriai veikiantys diuretikai, taip pat suaugusių žmonių didelio kraujospūdžio ligai gydyti. Draudikas pabrėžė, kad šių vaistų vartojimas draudiko priimtam sprendimui įtakos neturi, o ekspertas vaistus paminėjo, nes jie yra nurodyti medicinos dokumentuose.

Draudiko atsakymas į pareiškėjo pretenziją pareiškėjos netenkino, todėl pareiškėja pakartotinai kreipėsi į Lietuvos banką su prašymu išnagrinėti tarp jos ir draudiko kilusį ginčą. Kreipimosi pagrindu buvo pradėtas vartojimo ginčo nagrinėjimas. Kreipimesi pareiškėja teigė, kad draudiko priimtas sprendimas yra neteisėtas ir nepagrįstas, nes draudikas turėjo pagrindą

pripažinti įvykį draudžiamuoju. Pareiškėja taip pat patikslino, kad draudikas turėtų gražinti jai pusę draudimo įmokos – 26,50 Eur, nes draudimo įmoką pareiškėja sumokėjo per pusę su kita apdraustąja Y. Y., be to, ji yra viena iš dviejų apdraustųjų pagal Draudimo sutartį.

Lietuvos banke buvo gautas draudiko atsiliepimas į pareiškėjos kreipimąsi, jame draudikas iš esmės pakartoto 2019 m. spalio 10 d. pranešime ir 2020 m. sausio 23 d. atsakyme į pretenziją nurodytus argumentus, teigė manantis, kad pareiškėjos patirtos išlaidos pagal Taisyklių nuostatas nelaikytinos atsiradusiomis dėl būtinosios medicinos pagalbos, todėl nėra pagrindo įvykį laikyti draudžiamuoju ir mokėti draudimo išmoką. Pasisakydamas dėl pareiškėjos reikalavimo gražinti draudimo įmoką, draudikas nurodė, kad Lietuvos Respublikos draudimo įstatymo 2 straipsnio 12 punkte draudimo įmoka apibrėžta kaip draudimo sutartyje nurodyta pinigų suma, kurią draudėjas draudimo sutarties sąlygomis moka draudikui už draudimo apsaugą. Draudikas teigė taikęs draudimo apsaugą Draudimo sutartyje nurodytu laikotarpiu ir įgijęs teisę į draudimo įmoką. Draudikas nurodė manantis, kad pagrindo tenkinti pareiškėjos reikalavimus nėra.

Lietuvos bankui kreipusis į draudiką dėl galimybės šalių ginčą išspręsti taikiai, draudikas informavo Lietuvos banką pakartotinai įvertinęs žalos bylos duomenis, dar kartą apsvaustęs taikaus susitarimo su pareiškėja galimybę ir nutaręs tenkinti pareiškėjos prašymą išmokėti 71,17 Eur draudimo išmoką, atlyginančią pareiškėjos transportavimo į gydymo įstaigą greitosios medicinos pagalbos automobiliu išlaidas. Atlyginti 37 Eur išlaidų už taksi paslaugas draudikas nurodė negalintis, nes pagal Taisyklių 39.5 papunkčio nuostatas kompensuojamos apdraustojo išlaidos užsienyje dėl „medicininiu požiūriu neatidėliotino transportavimo medicininiu transportu ar viešuoju autotransportu, taksi, metro (kai yra išduotas vežimo bilietas) iki artimiausios gydymo įstaigos“. Draudikas taip pat pateikė duomenis, patvirtinančius, kad 71,17 Eur draudimo išmoka buvo pervesta į pareiškėjos sąskaitą banke.

**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 45 punktu, vartojimo ginčai Lietuvos banke nagrinėjami laikantis rungimosi, ginčų nagrinėjimo operatyvumo, koncentracijos, ekonomiško ir bendradarbiavimo principų. Nagrinėdamas ginčą Lietuvos bankas atlieka pateiktų įrodymų vertinimą, kurio pagrindu priimamas sprendimas.

Atsižvelgiant į ginčo šalių pateiktus duomenis, darytina išvada, kad ginčas tarp šalių kilo dėl draudiko sprendimo atsisakyti mokėti draudimo išmoką, atlyginančią 37 Eur transportavimo išlaidų taksi automobiliu iš gydymo įstaigos į viešbutį, pagrįstumo ir pusės draudimo įmokos (26,50 Eur) gražinimo. Pažymėtina, kad pareiškėjos reikalavimą atlyginti 71,17 Eur išlaidas už transportavimą į gydymo įstaigą greitosios medicinos pagalbos automobiliu draudikas patenkino, todėl laikytina, kad ginčo dėl draudimo išmokos, atlyginančios transportavimo į gydymo įstaigą išlaidas, nėra.

*Dėl draudimo išmokos, atlyginančios 37 Eur išlaidų už kelionę taksi automobiliu iš gydymo įstaigos į viešbutį, mokėjimo*

Lietuvos Respublikos civilinio kodekso 6.189 straipsnio 1 dalyje nustatyta, kad teisėtai sudaryta ir galiojanti sutartis jos šalims turi įstatymo galią. Civilinio kodekso 6.156 straipsnio 1 dalyje įtvirtintas sutarčių laisvės principas leidžia sutarties šalims laisvai sudaryti sutartis ir savo nuožiūra nustatyti tarpusavio teises bei pareigas, jei tai neprieštarauja įstatymams.

Civilinio kodekso 6.987 straipsnyje nustatyta, kad draudimo sutartimi viena šalis (draudikas) įsipareigoja už sutartyje nustatytą draudimo įmoką (premiją) sumokėti kitai šaliai (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.

Pažymėtina, kad šalių sudaryta Draudimo sutartis yra savanoriška, todėl draudikas, vadovaudamasis Civilinio kodekso 6.156 straipsnio 1 dalimi, tokio pobūdžio sutartyse gali savo nuožiūra pasiūlyti sąlygas, susijusias su teikiamos draudimo apsaugos apimtimi. Lietuvos kasacinis teismas savo praktikoje yra ne kartą konstatavęs, kad draudimo sutartimi draudimo objektui suteikiama apsauga nėra absoliuti. Draudikas, prisiimdamas draudimo riziką, nustato draudimo sutartimi suteikiamos draudimo apsaugos ribas. Draudimo apsauga nustatoma tiek draudiko parengtose draudimo rūšies taisyklėse, tiek draudimo liudijime aptartose individualiosiose sąlygose. Draudimo taisyklėse nustatomi atvejai, kurie laikytini

draudžiamaisiais, taip pat tie, kurie tokiais nelaikytini (*Lietuvos Aukščiausiojo Teismo 2015 m. gegužės 22 d. nutartis civilinėje byloje Nr. 3K-3-283-695/2015; ir kt.*).

Draudimo sutartyje nustatyti draudžiamieji ir nedraudžiamieji įvykiai apibrėžia draudiko prisiimamos rizikos mastą, draudimo sutarties apimtį ir apsaugos ribas. Draudžiamuoju įvykiu laikytinas atsitikimas, kurio aplinkybės patenka į draudimo sutarties sąlygose numatytų draudžiamųjų įvykių apibrėžtį, o nedraudžiamuoju įvykiu laikomas atsitikimas, kai draudimo rizika įvyksta, tačiau šalys yra susitarusios, kad šis įvykis dėl konkrečių aplinkybių nelemia draudiko pareigos išmokėti draudimo išmoką. Nedraudžiamieji įvykiai pašalina draudiko pareigą mokėti draudimo išmoką (*Lietuvos Aukščiausiojo Teismo 2014 m. balandžio 16 d. nutartis civilinėje byloje Nr. 3K-3-205/2014*).

Nagrinėjamu atveju Draudimo sutarčiai taikytinos draudžiamųjų ir nedraudžiamųjų įvykių sąlygos yra nustatytos Taisyklėse. Pažymėtina, kad pareiškėjos prašomos atlyginti išlaidos yra susijusios su medicinos išlaidų draudimo rizika. Taisyklių 38 punkte nustatyta, kad draudžiamuoju įvykiu medicinos išlaidų draudimo atveju laikomas apdraustojo kreipimasis į gydymo įstaigą užsienyje ar jo mirtis dėl atsitiktinio kūno sužalojimo ir (ar) netikėto ūmaus sveikatos sutrikimo, kurių pirmieji simptomai, keliantys grėsmę apdraustojo gyvybei bei reikalaujantys būtiniosios medicinos pagalbos, atsirado draudimo sutarties galiojimo laikotarpiu apdraustajam esant užsienyje, išskyrus įvykius, išvardytus šių Kelionių draudimo sąlygų 36, 37 (bendrieji nedraudžiamieji įvykiai), 45 ir 46 (nedraudžiamieji įvykiai, taikomi medicinos išlaidų draudimui) punktuose. Taisyklių skyriaus „Bendrieji nedraudžiamieji įvykiai“ 37 punkte nustatyta, kad draudikas neatlygina finansinių nuostolių, atsiradusių ne draudimo sutarties laikotarpiu, dėl rizikų, nenumatytų draudimo sutartyje, delspinigių ir kitų apdraustojo išlaidų, atsiradusių dėl laiku nesuteiktos informacijos, nepateiktų dokumentų, taip pat jei finansiniai nuostoliai nėra įrodyti dokumentais.

Pažymėtina, kad, pagal Taisyklių 39.5 papunktį, draudikas, neviršydamas draudimo sumos, apmoka apdraustojo išlaidas užsienyje dėl medicinos požiūriu neatidėliotino transportavimo medicinos transportu ar viešuoju autotransportu, taksi, metro (kai yra išduotas vežimo bilietas) iki artimiausios gydymo įstaigos. Vis dėlto bylos duomenys patvirtina, kad pareiškėjos patirtos 37 Eur išlaidos, kurias ji prašo atlyginti išmokant draudimo išmoką, neatitinka Taisyklių 39.5 papunktyje nurodytų draudžiamųjų įvykių sąlygų. „Amx Taxi“ 2019 m. rugsėjo 5 d. mokėjimo kvite nurodyta 37 Eur suma buvo sumokėta ne už medicinos požiūriu neatidėliotinę pareiškėjos transportavimą į gydymo įstaigą (į gydymo įstaigą pareiškėja buvo nuvežta greitosios medicinos pagalbos automobiliu), o už kelionę iš gydymo įstaigos atgal į viešbutį. Tokių išlaidų rizikos draudikas Draudimo sutartimi nepriėmė.

Vadovaudamasis Taisyklių 37 punktu, draudikas neatlygina nuostolių, atsiradusių dėl rizikų, nenumatytų draudimo sutartyje, todėl draudiko sprendimas atsisakyti mokėti draudimo išmoką, atlyginančią 37 Eur transportavimo išlaidas už taksi paslaugas, yra pagrįstas, o pareiškėjos reikalavimas kompensuoti šias išlaidas (išmokėti draudimo išmoką) laikytinas nepagrįstas.

#### *Dėl dalies draudimo įmokos grąžinimo*

Vadovaujantis Civilinio kodekso 6.987 straipsnyje nustatyta draudimo sutarties samprata, pažymėtina, kad draudiko prisiimama rizika (šiuo atveju – pareiškėjos nuostolių atsiradimo rizika) yra siejama su draudimo sutartyje nustatytos draudimo įmokos mokėjimu: draudikas, gavęs draudimo įmoką, pradeda taikyti draudimo apsaugą, t. y. įsipareigoja mokėti draudimo išmoką įvykus draudžiamajam įvykiui (Draudimo įstatymo 2 straipsnio 10 dalis). Draudėjas (naudos gavėjas) už draudimo apsaugą privalo mokėti draudikui draudimo sutartyje ar įstatyme nustatytais terminais nustatyto dydžio pinigų sumą ar sumas (draudimo įmoką) (Civilinio kodekso 6.1004 straipsnio 1 dalis, Draudimo įstatymo 2 straipsnio 10 dalis).

Atkreiptinas dėmesys į tai, kad Lietuvos Respublikos teisės aktai nesieja draudimo įmokos mokėjimo su tuo, ar draudimo apsaugos laikotarpiu draudžiamųjų įvykių buvo, ar ne. Draudimo sutartis pagal savo pobūdį yra rizikos sutartis. Draudimo rizika yra tikėtinas pavojus (neigiamų padarinių atsiradimo tikimybė), gresiantis draudimo objektui (Draudimo įstatymo 2 straipsnio 26 dalis), o draudžiamasis įvykis yra draudimo rizikos realizavimosi padarinys, lemiantis draudiko pareigą išmokėti draudimo išmoką, tačiau draudėjo (naudos gavėjo) pareiga mokėti draudimo įmoką nepriklauso nuo to, ar rizika pasireiškė (įvyko draudžiamasis įvykis).

Bylos duomenys patvirtina, kad F. J. ir draudikas sudarė Draudimo sutartį, draudikas

draudimo liudijime nurodytu laikotarpiu taikė draudimo apsaugą (įsipareigojo išmokėti draudimo išmoką, jeigu įvyktų Draudimo sutartyje ar Taisyklėse nurodyti draudžiamieji įvykiai). Draudikas taip pat išmokėjo draudimo išmoką, atlyginančią 71,17 Eur išlaidas už pareiškėjos transportavimą greitosios medicinos pagalbos automobilio į gydymo įstaigą (priimta draudimo rizika materializavosi). Atsižvelgiant į tai, konstatuotina, kad tenkinti pareiškėjos reikalavimą ir įpareigoti draudiką gražinti pareiškėjai pusę draudimo įmokos nėra pagrindo, nes tai neatitiktų draudimo sutarties esmės.

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

Atmesti pareiškėjos X. X. reikalavimus.

Lietuvos banko sprendimas dėl ginčo esmės yra rekomendacinio pobūdžio ir teismui neskundžiamas. Vartotojui ir finansų rinkos dalyviui išlieka teisė dėl ginčo sprendimo kreiptis į teismą arba kitą ginčų nagrinėjimo instituciją įstatymų nustatyta tvarka. Kreipimasis į teismą po Lietuvos banko sprendimo dėl ginčo esmės priėmimo nelaikomas šio sprendimo apskundimu.

Direktorius

Mindaugas Šalčius