



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

**SPRENDIMAS
DĖL X. X. IR UAB „PZU LIETUVA GYVYBĖS DRAUDIMAS“ GINČO NAGRINĖJIMO**

2020 m. birželio 23 d. Nr. V 2020/(21.27.E-2101)-242-257
Vilnius

Lietuvos bankas gavo X. X. (toliau – pareiškėjas) kreipimąsi, kuriame pareiškėjas prašė išnagrinėti tarp jo ir UAB „PZU Lietuva gyvybės draudimas“ (toliau – draudikas) kilusį ginčą.

N u s t a t y t a:

2018 m. rugpjūčio 18 d. tarp pareiškėjo ir draudiko buvo sudaryta gyvybės draudimo sutartis (draudimo liudijimo Nr. (*duomenys neskelbtini*)) (toliau – Draudimo sutartis), kuria, be kitų išvardytų draudimo rizikų, buvo apdrausti turtingieji interesai, susiję su apdraustojų ligomis ir (arba būsenomis), nurodytomis draudėjo pasirinktame kritinių ligų sąrašė. Draudimo sutartyje apdraustą nurodyta Y. Y. (toliau – apdraustoji), ji yra ir naudos gavėja kritinės ligos atveju.

2019 m. gruodžio 11 d. pareiškėjas draudikui pateikė prašymą pagal Draudimo sutartį išmokėti draudimo išmoką dėl apdraustosios susirgimo (*duomenys neskelbtini*) (toliau – Įvykis).

AB „Lietuvos draudimas“ (toliau – draudiko atstovė) su draudiku 2015 m. balandžio 30 d. sudaryto susitarimo Nr. (*duomenys neskelbtini*) pagrindu pagal pateiktą prašymą išmokėti draudimo išmoką administravo Įvykį: surinko informaciją ir nustatė, kad apdraustoji prieš sudarant Draudimo sutartį pildydama Draudžiamo asmens anketą (toliau – Anketa) nenurodė duomenų apie diagnozuotus susirgimus ir taikytą gydymą. Minėta informacija buvo reikšminga, vertinant draudimo riziką.

Draudikas, vadovaudamasis nustatytais aplinkybėmis ir remdamasis Lietuvos Respublikos civilinio kodekso (toliau – CK) 6.993 straipsnio 6 dalies nuostatomis, naudos gavėjui išmokėjo 2 274,18 Eur sumažintą draudimo išmoką. Draudikas, vadovaudamasis CK 6.993 straipsnio 5 dalimi, taip pat pareiškėjui pasiūlė pakeisti Draudimo sutarties sąlygas. Draudiko pareiškėjui pateiktame pasiūlyme pakeisti Draudimo sutartį buvo siūloma padidinti rizikos mokesčius. Draudikas rėmėsi aplinkybėmis, kad „iš sukaupto kapitalo būtų išskaičiuojami gyvybės draudimo rizikos mokesčiai, o atsitikus įvykiui būtų išmokama visa Draudimo sutartyje nustatyta gyvybės draudimo išmoka“.

Pareiškėjas draudiką 2020 m. kovo 13 d. raštu informavo apie sprendimą atsisakyti pakeisti Draudimo sutarties sąlygas. Pareiškėjas nesutiko su draudiko sprendimu sumažinti draudimo išmoką, nes prieš sudarant Draudimo sutartį nebuvo siekiama nuslėpti „chroninę, ilgalaikę ar kitą kritinę ligą, kuri tiesiogiai turėjo įtakos draudžiamajam įvykiui“. Pareiškėjo teigimu, draudiko „minimi trumpalaikiai negalavimai (*duomenys neskelbtini*) yra natūrali biologinė būseną, kuri gali būti įtakota tokių faktorių, kaip laikinas stresas ir kt. Tai yra trumpalaikiai negalavimai, kurie buvo aptarti su šeimos gydytoju. Joks ilgalaikis gydymas nebuvo taikomas ir jokios patologinės kritinės ligos nebuvo nustatyta.“ Remdamasis nurodytomis aplinkybėmis, pareiškėjas draudikui kėlė reikalavimą pagal Draudimo sutarties sąlygas išmokėti visai kritinių ligų draudimo sumai (5 000 Eur) prilygintą draudimo išmoką, kuri mokama apdraustojai susirgimo kritine liga atveju. Pareiškėjas taip pat draudikui kėlė reikalavimą, gavus 5 000 Eur draudimo išmoką, „sudaryti sąlygas nutraukti Draudimo sutartį“. Be to, pareiškėjas prašė pateikti paaiškinimus, kokios yra galimybės, neatlikus Draudimo sutarties pakeitimo, gauti sumažintą draudimo išmoką ir nutraukti Draudimo sutartį.

Draudikas, nesutikdamas su pareiškėjo reikalavimu išmokėti nesumažintą draudimo išmoką, pakartojė pirmojo sprendimo išmokėti pagal CK 6.993 straipsnio 6 dalies nuostatas apskaičiuotą 2 274,18 Eur draudimo išmoką motyvus. Draudikas nurodė, kad, pareiškėjui atsisakius pakeisti Draudimo sutarties sąlygas, nepakeista Draudimo sutartis lieka galioti, tačiau, įvykus kitam draudžiamajam įvykiui, vadovaujantis 6.993 straipsnio 6 dalies nuostatomis, taip pat būtų išmokėta sumažinta draudimo išmoka.

Pareiškėjas kreipimesi į Lietuvos banką iš esmės pakartojė draudikui adresuotame 2020 m. kovo 13 d. rašte nurodytas aplinkybes ir pateiktus reikalavimus išmokėti 5 000 Eur (nesumažintą) draudimo išmoką ir po to sudaryti sąlygas nutraukti Draudimo sutartį.

Draudikas pateiktame atsiliepime į pareiškėjo kreipimąsi pabrėžė, kad prieš sudarant Draudimo sutartį pildytoje Anketoje apdraustoji nenurodė jai pirmiau diagnozuotų sveikatos sutrikimų ir taikyto gydymo. Draudikas nurodė, kad minėti susirgimai turėjo tiesioginį priežastinį ryšį su liga, dėl kurios pareiškėjas prašė išmokėti draudimo išmoką. Todėl, remdamasis 6.993 straipsnio 6 dalimi, kurioje nurodytos dėl neatsargumo nesuteiktos ikisutartinės informacijos teisinės pasekmės, draudikas teigė pagrįstai išmokėjęs 2 274,18 Eur (sumažintą) draudimo išmoką.

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

Vadovaujantis Vartotojų ir finansų rinkos dalyvių ginčų neteisminio sprendimo procedūros Lietuvos banke taisyklių, patvirtintų Lietuvos banko valdybos 2012 m. sausio 26 d. nutarimu Nr. 03-23, 45 punktu, vartojimo ginčai Lietuvos banke nagrinėjami laikantis rungimosi, ginčų nagrinėjimo operatyvumo, koncentracijos, ekonomiškumo ir bendradarbiavimo principų. Nagrinėdamas ginčą Lietuvos bankas atlieka pateiktų įrodymų vertinimą ir jo pagrindu priimamas sprendimas.

Iš Lietuvos bankui ginčo šalių pateiktų dokumentų ir paaiškinimų nustatyta, kad šalių ginčas kilo dėl draudiko sprendimo naudą gavėjui išmokėti 2 274,18 Eur draudimo išmoką pagrįstumo.

Dėl apdraustosios pareigos suteikti ikisutartinę informaciją vykdymo tinkamumo

Pareiga atskleisti informaciją draudikui apie aplinkybes, galinčias turėti esminę įtaką draudžiamajam įvykiui atsitikimo tikimybei ir šio įvykio galimų nuostolių dydžiui, reglamentuojama CK 6.993 straipsnyje. Šio straipsnio 1 dalyje nustatyta, kad, prieš sudarant draudimo sutartį, draudėjas privalo suteikti draudikui visą žinomą informaciją apie aplinkybes, galinčias turėti esminę įtaką draudžiamajam įvykiui atsitikimo tikimybei ir šio įvykio galimų nuostolių dydžiui (draudimo rizikai), jeigu tos aplinkybės nėra ir neturi būti žinomos draudikui. CK 6.993 straipsnio 2 dalyje esminėmis aplinkybėmis, apie kurias sudarydamas draudimo sutartį draudėjas privalo informuoti draudiką, pripažįstamos aplinkybės, nurodytos standartinėse draudimo sutarties sąlygose (draudimo rūšies taisyklėse), taip pat aplinkybės, apie kurias draudikas raštu prašė draudėjo suteikti informaciją.

Draudimo sutarčiai taikomų Investicinio gyvybės draudimo taisyklių Nr. 301 (2017 m. lapkričio 28 d. redakcija) (toliau – Taisyklės) 13.2.1 papunktyje taip pat nustatyta pareiga nurodyti svarbią ikisutartinę informaciją apie draudimo riziką. Minėtoje Taisyklių sąlygoje nustatyta, kad draudimo rizikai vertinti reikšmingomis aplinkybėmis yra pripažintini duomenys, kuriuos buvo paprašyta pateikti prieš sudarant draudimo sutartį.

Iš Lietuvos bankui pateiktų faktinių duomenų nustatyta, kad prieš sudarant Draudimo sutartį draudiko prašoma suteikti draudimo rizikai vertinti reikšminga informacija buvo nurodyta apdraustosios pildytos Anketos klausimuose. Anketoje apdraustosios buvo prašoma nurodyti, ar per 10 metų laikotarpį iki Draudimo sutarties sudarymo ji sirgo ar turėjo problemų dėl „širdies ir kraujagyslių ligų: padidintas kraujospūdis, širdies ūžesiai, stenokardija, širdies nepakankamumas, ritmo sutrikimai, širdies infarktas, širdies ydos, insultas, venų uždegimas ir kt.“ Taip pat buvo teiraujamasi, ar per nurodytą 10 metų laikotarpį apdraustoji buvo gydyta ar turėjo problemų dėl „skydliaukės, nervų ar medžiagų apykaitos ligų: išsėtinė sklerozė, epilepsija, galvos svaigimas, neuritai, Parkinsono liga, cukrinis diabetas, hormoniniai sutrikimai, cholesterolio padidėjimas ir kt., kitų nepaminėtų susirgimų?“ Be to, Anketoje buvo prašoma nurodyti: „ar per pastaruosius 10 metų buvote gydomas (-a) ligoninėje, operuotas (-a) arba tiriamas (-a)?“

Apdraustoji, pildydama Anketą, nurodė, kad jai „prieš 15 metų patikros metu buvo nustatytas (*duomenys neskelbtini*)“. Apdraustoji į kitus Anketoje nurodytus klausimus atsakė neigiamai.

Draudikas Lietuvos bankui pateiktame atsiliepime į pareiškėjos kreipimąsi nurodė, kad

iš surinktų medicinos dokumentų nustatyta, kad nuo 2011 m. apdraustoji buvo „stebima dėl (duomenys neskelbtini), vartoja vaistus. „Nuo 2014 metų stebimas (duomenys neskelbtini). Draudiko teiginius, kad apdraustajai nustatytas (duomenys neskelbtini) ir kitas draudiko nurodytas aplinkybes patvirtina Lietuvos bankui pateiktų medicinos dokumentų kopijos.

Iš Lietuvos bankui pateiktos informacijos nustatyta, kad apdraustoji į gydytojus dėl sveikatos sutrikimų (pvz., (duomenys neskelbtini) ir tyrimų (pvz., reguliariai atliekamų (duomenys neskelbtini) tyrimų) kreipėsi ne vieną kartą, jie buvo nustatyti per gana ilgą laikotarpį, taigi, buvo daugiau negu vieną kartą apsilankyta pas gydytojus, todėl pareiškėjo draudikui 2020 m. kovo 13 d. raštu adresuotoje pretenzijoje nurodytų aplinkybių, kad medicinos dokumentuose užfiksuoti apdraustosios negalavimai buvo tik trumpalaikiai, negalima pripažinti pagrįstomis.

Lietuvos bankui pateikti įrodymai patvirtina, kad apdraustoji žinojo arba turėjo galimybę žinoti ir galėjo suprasti Anketoje prašomų nurodyti duomenų reikšmę ir privalėjo teisingai atsakyti į Anketoje nurodytus klausimus, kad draudikui būtų suteikta visa draudimo rizikai įvertinti būtina informacija. Atkreiptinas dėmesys, kad Anketoje nurodyti duomenys buvo patvirtinti apdraustosios parašu. Asmuo, pasirašantis tam tikrą dokumentą, prisiima atsakomybę už jam pateiktą informaciją ar prisiimamus įsipareigojimus. Kiekvienas apdairus, atidus ir rūpestingas žmogus, prieš pasirašydamas bet kokį dokumentą, turi susipažinti su pasirašomo dokumento turiniu. To nepadaręs, asmuo veikia savo rizika. Taisyklių 6.4 papunktyje nustatyta, kad draudėjas atsako už draudikui raštu pateiktos draudimo rizikai įvertinti reikšmingos ikisutartinės informacijos teisingumą. Kadangi minėta ikisutartinė informacija prieš sudarant Draudimo sutartį buvo suteikta apdraustosios, Taisyklių 6.4 papunktyje įtvirtintos atsakomybės taikymo sąlygos taikytinos ir apdraustajai.

Lietuvos bankui įvertinus pateiktus dokumentus ir paaiškinimus, darytina išvada, kad apdraustoji prieš sudarydama Draudimo sutartį draudikui nesuteikė visos žinomos informacijos apie esmines aplinkybes, apie kurias raštu buvo teirautasi. Taigi, Draudimo sutartis buvo sudaryta draudikui tinkamai neįvertinus draudimo sutartimi prisiimamos rizikos (aplinkybių, galinčių turėti esminės įtakos draudžiamąjį įvykio atsitikimo tikimybei ir šio įvykio galimų nuostolių dydžiui). Todėl, remiantis Lietuvos banko nustatytomis aplinkybėmis dėl CK 6.993 straipsnio 1 dalyje ir Taisyklių 13.2.1 papunktyje nustatytų pareigų netinkamo vykdymo, darytina išvada, kad draudikas pagrįstai teigė, kad apdraustoji neatskleidė visos draudimo rizikai vertinti reikšmingos informacijos.

Dėl susirgimų, apie kuriuos nebuvo atskleista ikisutartinė informacija, priešastinio ryšio su įvykiu

Siekdamas pagrįsti prieš sudarant Draudimo sutartį neatskleistų apdraustosios sveikatos sutrikimų priešastinį ryšį su įvykiu, draudikas nurodė, kad (duomenys neskelbtini) yra viena iš (duomenys neskelbtini) pasekmių. Pagrindiniai (duomenys neskelbtini) rizikos veiksniai yra šie: (duomenys neskelbtini). Draudikas pabrėžė, kad „medicininėje dokumentacijoje nurodoma, jog klientė (duomenys neskelbtini).

Draudikas pabrėžė, kad (duomenys neskelbtini). Remdamasis nustatytomis aplinkybėmis, draudikas konstatavo, kad apdraustoji „turėjo visus tiesioginius ir pagrindinius (duomenys neskelbtini) rizikos veiksnius: (duomenys neskelbtini). Kiekvienas iš šių faktorių atskirai bei visi sudėti kartu dar labiau tiesiogiai sukėlė (duomenys neskelbtini) progresavimą, (duomenys neskelbtini) susidarymą ir, galiausiai, komplikaciją – (duomenys neskelbtini).“

Draudiko atstovės gydytojos ekspertės išvadoje dėl apdraustosios ligos rizikos faktorių (toliau – Išvada) nurodoma, kad buvo „įvertinta stacionaro epikrizė ir dvi ambulatorinės kortelės. Stacionarinio gydymo metu apdraustajai paskirtas medikamentinis gydymas bei išrašyti receptai vaistų įsigijimui.“ Vienas iš skirtų vaistų yra „vartojamas (duomenys neskelbtini). Gydymui taip pat skirtas vaistas, kuris vartojamas, „kad padėtų užkirsti kelią (duomenys neskelbtini). Taip pat vaistai (duomenys neskelbtini).

Draudiko paaiškinimai ir Išvadoje nurodytos aplinkybės patvirtina, kad iki sudarant Draudimo sutartį apdraustajai nustatyti (duomenys neskelbtini) sveikatos sutrikimai ir skirtas medikamentinis gydymas yra priešastiniu ryšiu susiję su įvykiu – apdraustosios susirgimu (duomenys neskelbtini). Šie įrodymai taip pat pagrindžia Lietuvos banko nustatytas aplinkybes, kad draudikas, priimdamas sprendimą sumažinti draudimo išmoką, turėjo pagrindą remtis tuo, kad apdraustoji neatskleidė draudimo rizikai įvertinti reikšmingos informacijos.

Dėl draudimo išmokos sumažinimo, apdraustajai dėl neatsargumo neatskleidus draudimo rizikai vertinti reikšmingos informacijos

Vertinant draudimo išmokos sumažinimo pagrįstumą, svarbi CK 6.993 straipsnio 6 dalis: jeigu draudėjas (šiuo atveju apdraustoji) dėl neatsargumo nepateikė draudimo rizikai įvertinti reikšmingos ikisutartinės informacijos, įvykus draudžiamajam įvykiui draudikas privalo išmokėti draudimo išmokos, kuri būtų mokama draudėjui (apdraustajai) įvykdžius ikisutartinės informacijos atskleidimo pareigą, dalį, proporcingą sutartos draudimo įmokos ir draudimo įmokos, kuri būtų nustatyta draudėjui, jeigu būtų atskleista visa reikšminga ikisutartinė informacija, santykiui.

Nagrinėjamu atveju šalių ginčo, kad įvykis yra pripažįstamas draudžiamuoju, nėra. Lietuvos bankui pateikti įrodymai patvirtina, kad draudikas turėjo pagrindą remtis CK 6.993 straipsnio 6 dalies nuostatomis dėl prieš Draudimo sutarties sudarymą dėl neatsargumo neatskleistos ikisutartinės informacijos. Atsižvelgiant į tai, darytina išvada, kad draudikas pagrįstai pritaikė CK 6.993 straipsnio 6 dalies nuostatas ir sumažino draudimo išmoką.

Draudimo liudijimo duomenys patvirtina, kad draudimo išmokos suma, apdraustajam susirgus kritine liga, yra 5 000 Eur. Paaiškinimuose, kodėl draudimo liudijime nurodyta 5 000 Eur draudimo išmoka, remiantis CK 6.993 straipsnio 6 dalies nuostatomis, buvo sumažinta iki 2 274,18 Eur, draudikas paaiškino, kad prieš sudarant Draudimo sutartį buvo įvertinta apdraustosios atskleista informacija ir apskaičiuota 5,69 Eur draudimo įmoka, tačiau, jei būtų buvusi atskleista visa draudimo rizikai vertinti reikšminga informacija, draudimo įmoka būtų buvusi didesnė – 19,71 Eur. Atsižvelgdamas į tai ir vadovaudamasis CK 6.993 straipsnio 6 dalyje įtvirtintomis proporcingosios draudimo išmokos mokėjimo nuostatomis, draudikas pabrėžė, kad kritinių ligų draudimo sumai (5 000 Eur) prilyginta draudimo išmoka yra mažintina 2,199 karto. Taigi, pagal CK 6.993 straipsnio 6 dalį apskaičiuota 2,199 karto sumažinta kritinių ligų draudimo sumai prilyginta draudimo išmoka yra 2 274,18 Eur.

Remiantis Lietuvos bankui pateiktais įrodymais, nustatyta, kad draudikas pagrindė teisėtai taikęs CK 6.993 straipsnio 6 dalies nuostatas ir pagrįstai išmokėjo 2 274,18 Eur draudimo išmoką, todėl pareiškėjo reikalavimas išmokėti nesumažintą draudimo išmoką yra atmestinas.

Dėl Draudimo sutarties nutraukimo

Pareiškėjas kreipimesi į draudiką ir Lietuvos banką taip pat draudikui kėlė reikalavimą, išmokėjus 5 000 Eur draudimo išmoką, sudaryti sąlygas nutraukti Draudimo sutartį. Kaip minėta, Lietuvos bankui pateikti įrodymai patvirtina, kad draudikas pagrįstai dėl įvykio išmokėjo 2 274,18 Eur draudimo išmoką. Šiame kontekste papildomai pažymėtina, kad Taisyklėse nėra jokių nuostatų dėl Draudimo sutarties pabaigos (jos nutraukimo), draudikui išmokėjus kritinių ligų sumai prilygintą draudimo išmoką, todėl pareiškėjo nurodyta Draudimo sutarties nutraukimo, draudikui išmokėjus 5 000 Eur draudimo išmoką, sąlyga negali būti tenkinama.

Pareiškėjas taip pat prašė pateikti paaiškinimus, kokios yra galimybės, neatlikus Draudimo sutarties pakeitimo, gauti sumažintą draudimo išmoką ir nutraukti Draudimo sutartį. Lietuvos bankui pateikti įrodymai patvirtina, kad draudikas pareiškėjui išmokėjo 2 274,18 Eur draudimo išmoką pareiškėjui nesutikus su draudiko CK 6.993 straipsnio 5 dalies pagrindu pateiktu pasiūlymu pakeisti Draudimo sutarties sąlygas. Šiame kontekste pažymėtina, kad proporcingosios draudimo išmokos išmokėjimo nuostatas įtvirtinanti CK 6.993 straipsnio 6 dalis nenustato jokių sąlygų, kad dėl neatsargumo neatskleistos ikisutartinės informacijos pagrindu sumažinta draudimo išmoka gali būti išmokėta tik pagal CK 6.993 straipsnio 5 dalį atlikus draudimo sutarties pakeitimą. Atsižvelgiant į tai, darytina išvada, kad pareiškėjo atsisakymas pakeisti Draudimo sutartį negali turėti įtakos draudiko sprendimui išmokėti pagal CK 6.993 straipsnio 6 dalies nuostatas apskaičiuotą draudimo išmoką.

Atsižvelgiant į pareiškėjo nurodytas aplinkybes dėl Draudimo sutarties nutraukimo, draudikui dėl įvykio išmokėjus sumažintą 2 274,18 Eur draudimo išmoką, pažymėtina, kad CK 6.993 straipsnio 5 dalis nustato, kad, jei draudėjas per du mėnesius nuo draudiko pasiūlymo pakeisti gyvybės draudimo sutartį pateikimo atsisako tai padaryti, draudikas turi teisę reikalauti nutraukti draudimo sutartį. Lietuvos bankui pateikti įrodymai patvirtina, kad nagrinėjamu atveju draudikas nepasinaudojo CK 6.993 straipsnio 5 dalyje įtvirtinta vienašališko Draudimo sutarties nutraukimo teise, draudėjui pažeidus Draudimo sutarties sąlygas (apdraustajai nesuteikus visos draudimo rizikai vertinti reikšmingos informacijos).

Tačiau, atsižvelgiant į pareiškėjo pageidavimą nutraukti Draudimo sutartį, pažymėtina, kad CK 6.1009 straipsnio 2 dalyje nustatyta, kad draudėjas turi teisę nutraukti draudimo sutartį bet koku atveju.

Taisyklės įtvirtina Draudimo sutarties nutraukimo draudėjo pageidavimu ir išmokamų sumų, nutraukus Draudimo sutartį, išmokėjimo tvarką. Taisyklių 15.3 ir 15.4 papunkčiuose nustatyta, kad draudėjas turi teisę nutraukti draudimo sutartį bet kuriuo atveju, apie tai raštu pranešęs draudikui prieš 30 dienų. Jeigu draudimo sutartis nutraukiama Taisyklių 15.3 papunkčio pagrindu, tai draudėjui išmokama išperkamoji suma, laikantis Taisyklių 15.5 papunkčio nuostatų. Todėl, remiantis nurodytomis CK ir Taisyklių nuostatomis, darytina išvada, kad pareiškėjas turi teisę nutraukti Draudimo sutartį, tačiau apie tai draudiką turi informuoti prieš 30 dienų. Tačiau, atsižvelgiant į pareiškėjo kreipimesi nurodytas aplinkybes, kad draudikas, įgyvendindamas pareiškėjo pageidavimą nutraukti Draudimo sutartį, turėtų išmokėti 5 000 Eur draudimo išmoką, ir vadovaujantis Taisyklių 15.4 papunkčiu, pažymėtina, kad, pareiškėjo pageidavimu nutraukus Draudimo sutartį, draudikui kiltų pareiga išmokėti tik išperkamoją sumą.

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 X. X. reikalavimą.

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