



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

**SPRENDIMAS
DĖL R. S. IR ERGO INSURANCE SE GINČO NAGRINĖJIMO**

2018 m. vasario 7 d. Nr. 242-49

Vilnius

Lietuvos bankas gavo R. S. (toliau – pareiškėjas) kreipimąsi, kuriuo pareiškėjas prašė išnagrinėti tarp jo ir *ERGO Insurance SE*, veikiančios Lietuvoje per įsteigtą filialą, (toliau – draudikas) kilusį ginčą.

N u s t a t y t a:

2016 m. gruodžio 22 d. tarp *Danske Bank A/S*, veikiančios Lietuvoje per įsteigtą filialą, (toliau – draudėjas) ir draudiko buvo sudaryta draudimo sutartis (toliau – draudimo sutartis), kurią patvirtina draudimo nuo nelaimingų atsitikimų liudijimas Nr. *duomenys neskelbtini* (toliau – draudimo liudijimas) ir pagal kurią nuo 2017 m. sausio 1 d. iki 2017 m. gruodžio 31 d. buvo apdrausti draudėjo darbuotojų turiniai interesai, susiję su nelaimingais atsitikimais.

2017 m. gegužės 28 d. pareiškėjas (draudėjo darbuotojas) važiuodamas dviračiu patyrė nelaimingą atsitikimą. Draudikas 2017 m. gegužės 28 d. nelaimingą atsitikimą pripažino draudžiamuoju įvykiu ir pareiškėjui išmokėjo draudimo išmoką už patirtus daugybinius nubrozdinimus bei kairio skruostikaulio ir jo lanko lūžį.

Atsižvelgdamas į tai, kad draudimo sutartyje yra nustatyta 20 000 Eur draudimo suma laikino neįgalumo atveju, draudikas nusprendė, kad pagal Draudimo nuo nelaimingų atsitikimų ir kritinių ligų taisyklės Nr. 009 (galioja nuo 2016 m. gegužės 9 d.) (toliau – Taisyklės), kurios yra neatskiriama draudimo sutarties dalis, pareiškėjui už patirtus nubrozdinimus yra mokėtina 2 proc. draudimo sumos (400 Eur) draudimo išmoka. Vertindamas skruostikaulio lūžį, draudikas nustatė, kad draudimo sutartyje yra nustatyta 20 000 Eur suma kaulų lūžių atveju, o draudimo išmoką sudaro 7 proc. draudimo sumos (1 400 Eur). Be to, vadovaujantis Taisyklių Priedo Nr. 1 Lentelės Nr. 2 9.2 papunkčiu, atvirų kaulų lūžių atveju arba jeigu lūžiams sutvirtinti buvo atlikta osteosintezės operacija (sutvirtinimas metaline plokštele, vinimis, viela ar iš išorės fiksacijos aparatu), draudimo išmoka dėl kaulo lūžio yra didinama 30 proc. Atsižvelgiant į tai, kad pareiškėjui atlikta operacija atitiko minėtą Taisyklių nuostatą, draudimo išmoka už skruostikaulio lūžį buvo padidinta 30 proc. ir sudarė 1 820 Eur, o bendra išmoka už draudžiamą įvykiu metu patirtus sužalojimus sudarė 2 200 Eur.

Draudikui priėmus sprendimą dėl mokėtinos draudimo išmokos dydžio tarp šalių kilo ginčas, nes pareiškėjas nesutiko su sprendimu nemokėti draudimo išmokos už patirtą galvos smegenų sukrėtimą. Pareiškėjas nurodė, kad galvos smegenų sukrėtimo diagnozė yra patvirtinta gydytojo neurochirurgo, be to, pareiškėjas teigė 14 dienų buvęs nedarbingas ir kad nedarbingumo trukmei turėjo įtakos dėl nelaimingo atsitikimo patirtas smegenų sutrenkimas. Atsižvelgdamas į tai, pareiškėjas pabrėžė, kad jo patirta trauma atitinka Taisyklių Priedo Nr. 1 Lentelės Nr. 3 (toliau – Lentelė) 1 punkto sąlygas, todėl pareiškėjas turi gauti draudimo išmoką už draudžiamą įvykiu metu patirtą galvos smegenų sukrėtimą.

Draudikas nurodė, kad išanalizavus medicinos dokumentus buvo nustatyta, kad nors gydytojas neurochirurgas diagnozavo galvos smegenų sukrėtimą, tačiau atliekant kompiuterinės tomografijos tyrimą „kaulinės patologijos ar intrakranijinio kraujavimo požymių nenustatyta“, be

to, patyrus lengvo laipsnio galvos smegenų sukrėtimą būdingas sąmonės netekimas, atminties sutrikimai, pažinimo ar protinės veiklos sutrikimai, o šie simptomai pareiškėjui nepasireiškė. Draudikas pažymėjo, kad, remiantis Lentelės Nr. 3 1 punkto pastabomis, galvos smegenų sutrenkimas turi būti pagrįstas ne tik gydytojo specialisto išvada, bet ir ne trumpesniu kaip 14 dienų gydymu, ir atkreipė dėmesį, kad nors VšĮ Šeškinės poliklinikos pateiktoje pareiškėjo ambulatorinėje asmens sveikatos istorijoje yra įrašai, kad pareiškėjas buvo nedarbingas nuo 2017 m. gegužės 30 d. iki 2017 m. birželio 14 d., tačiau medicinos dokumentuose nėra nurodyta jokių galvos smegenų sukrėtimo simptomų ir nėra skirto gydymo, taikomo smegenų sukrėtimo atveju.

Draudikas taip pat nurodė, kad, vadovaujantis Taisyklių 10.7.3 papunkčiu, jeigu toje pačioje apdraustojų kūno vietoje atsirado daugiau negu vienas sužalojimas, draudimo išmoka yra mokama tik dėl sunkiausio sužalojimo. Draudikas pabrėžė, kad Lentelės Nr. 2 2.1 papunktyje nurodyta, kad draudimo išmoką už skruostikaulio lūžį sudaro 7 proc. draudimo sumos, o draudimo išmoka, numatyta už galvos smegenų sukrėtimą, yra įtvirtinta Lentelės Nr. 3 1 straipsnio 1.4 papunktyje ir ją sudaro 4 proc. draudimo sumos. Atsižvelgdamas į tai, kad tiek galvos smegenų sukrėtimo, tiek skruostikaulio lūžio atveju pareiškėjui buvo sužalota galva, o skruostikaulio lūžis yra sunkesnė trauma, dėl kurios yra numatyta didesnė išmoka, draudikas išmokėjo draudimo išmoką tik dėl sunkesnio sužalojimo.

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, kurio pagrindu priimamas sprendimas.

Atsižvelgiant į ginčo šalių nurodytas aplinkybes ir pateiktus įrodymus, darytina išvada, kad šalių ginčas kilo dėl draudiko sprendimo atsisakyti mokėti draudimo išmoką už galvos smegenų sukrėtimą pagrįstumo.

Dėl Lentelės 1 straipsnio 1.4 papunktyje įtvirtintos draudimo sutarties sąlygos taikymo

Vertinant pareiškėjo reikalavimą mokėti draudimo išmoką dėl nelaimingo atsitikimo metu patirto smegenų sukrėtimo, pažymėtina, 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 (Lietuvos Respublikos civilinio kodekso (toliau – CK) 6.987 straipsnis).

Nagrinėjamu atveju reikšmingos pareiškėjo patirto galvos smegenų sukrėtimo pripažinimo draudžiamuoju įvykiu sąlygos yra įtvirtintos Lentelės 1 straipsnio 1.4 papunktyje ir jos yra detalizuotos šio straipsnio pastabose. Pagal Lentelės 1 straipsnio 1.4 papunktį, draudimo išmoka dėl galvos smegenų sukrėtimo (komotacijos) yra mokama, kai apdraustasis buvo gydytas ambulatoriškai ne trumpiau kaip 14 dienų arba stacionare iki 2 dienų ir po to ambulatoriškai, jeigu abiem minėtais atvejais bendra gydymo (stacionarinio ir ambulatorinio) ir nedarbingumo trukmė buvo ne trumpesnė kaip 14 dienų iš eilės. Lentelės 1 straipsnio pastabose nustatyta, kad galvos ir (arba) stuburo smegenų trauma pagrindžiama diagnoze, nustatyta gydytojo specialisto (neurologo arba neurochirurgo), ne trumpesniu kaip 14 kalendorinių dienų iš eilės trunkančiu ambulatoriniu gydymu, kurio metu apdraustasis buvo nedarbingas, arba ne trumpesniu kaip vienos dienos gydymu stacionare ir po to taikomu ambulatoriniu gydymu, kurio metu apdraustasis buvo nedarbingas dėl šiame punkte nurodytos traumos ne mažiau kaip 14 kalendorinių dienų iš eilės. Atsižvelgiant į draudimo sutarties sąlygas, reglamentuojančias draudimo išmokos mokėjimą smegenų sukrėtimo atveju, pažymėtina, kad draudimo sutartyje yra nustatyti du smegenų sukrėtimo pripažinimo draudžiamuoju įvykiu kriterijai: 1) gydytojo specialisto (neurologo arba

neurochirurgo) diagnozė ir 2) ne trumpesnis kaip 14 kalendorinių dienų iš eilės trunkantis ambulatorinis gydymas, kurio metu apdraustasis buvo nedarbingas.

Vertinant ginčo šalių pateiktus dokumentus, nustatyta, kad 2017 m. liepos 13 d. draudiko rašte, adresuotame pareiškėjui, buvo pažymėta, kad VšĮ Respublikinėje Vilniaus universitetinėje ligoninėje pareiškėjui buvo atliktas kompiuterinės tomografijos tyrimas, po jo gydytojas neurochirurgas diagnozavo galvos smegenų sukrėtimą. Atsižvelgiant į tai, kad pats draudikas pareiškėjui adresuotame rašte patvirtino galvos smegenų sukrėtimo diagnozės nustatymo faktą, laikytina kad Lentelės 1 straipsnio pastabose įtvirtinta sąlyga, kad galvos smegenų sukrėtimo diagnozę turi patvirtinti gydytojas specialistas (neurologas arba neurochirurgas), yra įrodyta ir dėl to šalių ginčo nėra.

Vertinant, ar pareiškėjo patirta trauma atitinka Lentelės 1 straipsnio 1.4 papunktyje ir šio straipsnio pastabose įtvirtintą antrąjį smegenų sukrėtimo pripažinimo draudžiamuoju įvykiu kriterijų (t. y. ar smegenų sukrėtimui gydyti buvo skirtas 14 kalendorinių dienų ambulatorinis gydymas, kurio metu apdraustasis buvo nedarbingas), pažymėtina, kad draudikas neginčijo, jog nuo 2017 m. gegužės 30 d. iki 2017 m. birželio 14 d. pareiškėjas buvo nedarbingas, tačiau nurodė, kad 2017 m. gegužės 30 d. įrašai, atlikti ambulatorinėje asmens sveikatos istorijoje, pagrindžia, kad minėtu laikotarpiu nedarbingumas buvo nustatytas ne dėl smegenų sutrenkimo, o dėl kitų pareiškėjo traumos pasekmių. Šias aplinkybes draudikas siekė patvirtinti VšĮ Šeškinės poliklinikos draudikui pateiktos ambulatorinės kortelės duomenimis: kortelėje nurodyti ligų, nuo kurių buvo gydytas pareiškėjas, kodai, tarp jų nėra galvos smegenų sutrenkimo kodo.

Draudikas taip pat teigė, kad pareiškėjas nepatyrė simptomų, būdingų lengvo laipsnio galvos smegenų sutrenkimui (t. y. sąmonės netekimas dėl traumos, atminties sutrikimai, pažinimo ar protinės veiklos sutrikimai tuoj po traumos, praeinanti židininė neurologinė simptomatika, galvos skausmai, pykinimas, svaigulys, nuovargis). Be to, draudikas nurodė, kad pareiškėjui nebuvo skirtas lovos režimas ir minėtų simptomų medikamentinis gydymas.

Vertinant šias draudiko nurodytas aplinkybes, pažymėtina, kad Lietuvos Respublikos draudimo įstatymo (toliau – Draudimo įstatymas) 98 straipsnio 3 dalies 2 punktą ir 7 dalis įpareigoja draudiką prieš atsisakant mokėti draudimo išmoką patikrinti visą prieinamą informaciją ir įrodyti aplinkybes, atleidžiančias nuo draudimo išmokos mokėjimo. Nagrinėjamu atveju draudikas, gavęs VšĮ Šeškinės poliklinikos duomenis apie pareiškėjo nedarbingumą ir jam taikytą ambulatorinį gydymą, netyrė aplinkybių, ar pareiškėjo nedarbingumo trukmei turėjo įtakos neurochirurgo diagnozuotas pareiškėjo smegenų sukrėtimas. Draudikas taip pat nesurinko jokios informacijos, ar pareiškėjui buvo skirtas smegenų sukrėtimo gydymas (skirti medikamentai, rekomenduotas lovos režimas ir kt.). Atsižvelgiant į tai, darytina išvada, kad draudikas, siekdamas nuginčyti pareiškėjo nurodytas aplinkybes, kad jam skirtas nedarbingumo trukmei turėjo įtakos ir diagnozuotas smegenų sukrėtimas, rėmėsi tik prielaidomis.

Svarbu pažymėti, kad abejones dėl draudiko nurodytų prielaidų pagrįstumo sustiprina VšĮ Vilniaus universiteto ligoninės draudikui ir Lietuvos bankui pateiktame Žalgirio klinikos išraše iš medicininių duomenų (toliau – Žalgirio klinikos išrašas) nurodytos aplinkybės, kad po galvos traumos pareiškėjas buvo praradęs sąmonę, pareiškėją pykino, jis vėmė. Pažymėtina, kad Žalgirio klinikos išraše nurodyti duomenys iš esmės patvirtina draudiko atsiliepime nurodytas aplinkybes apie smegenų sutrenkimui būdingus simptomus. Atsižvelgiant į tai, darytina išvada, kad draudikas, gavęs Žalgirio klinikos pateiktus duomenis apie pareiškėjo patirtus smegenų sutrenkimui būdingus simptomus, privalėjo ištirti, ar šie simptomai buvo jaučiami dėl kitų nelaimingo atsitikimo metu patirtų sužalojimų ir ar jie galėjo būti patirti dėl galvos smegenų traumos, kuri lėmė ir neurochirurgo diagnozuotą smegenų sutrenkimą. Be to, pažymėtina, kad draudikas netyrė, ar dėl Žalgirio klinikos išraše nurodytų pareiškėjo patirtų simptomų, taip pat kituose medicinos dokumentuose (kompiuterinės tomografijos tyrimo išvadose ir medicinos išraše, kuriame nurodyta smegenų sutrenkimo diagnozė) nurodyto pareiškėjo patirto smegenų sutrenkimo pobūdžio yra taikomas ambulatorinis gydymas, taip pat netyrė aplinkybių dėl pareiškėjo patirto smegenų sutrenkimo galimo gydymo trukmės. Svarbu pažymėti, kad šios aplinkybės yra reikšmingos,

siekiant nustatyti, ar dėl pareiškėjui diagnozuoto smegenų sutrenkimo gydymo pareiškėjas galėtų būti nedarbingas 14 dienų, ir įvertinti, ar pareiškėjo patirtas smegenų sutrenkimas atitinka Lentelės 1 straipsnyje įtvirtintus draudžiamojo įvykio požymius.

Remiantis Lietuvos banko nustatytomis aplinkybėmis, darytina išvada, kad draudikas atsisakė mokėti draudimo išmoką dėl smegenų sutrenkimo neįvertinęs visų medicinos dokumentuose nustatytų aplinkybių, nesurinkęs įrodymų, neginčijamai patvirtinančių, kad pareiškėjui skirtas nedarbingumo laikotarpio trukmei neturėjo įtakos pareiškėjui diagnozuotas galvos smegenų sutrenkimas, taip pat nepatikrinęs visos draudikui prieinamos informacijos, reikšmingos traumos pasekmėms įvertinti ir sprendimui dėl draudimo išmokos mokėjimo priimti. Atsižvelgiant į tai, kad draudikas nesurinko neginčijamų įrodymų, galinčių patvirtinti sprendimą nemokėti draudimo išmokos, taip pat įvertinus aplinkybę, kad draudikas, atsisakydamas mokėti draudimo išmoką, rėmėsi medicinos dokumentuose (Žalgirio klinikos išrašė) įtvirtintiems duomenims prieštaraujančiais paaiškinimais dėl smegenų sutrenkimui būdingų simptomų nebuvimo, remiantis Draudimo įstatymo 98 straipsnio 7 dalyje įtvirtinta įrodinėjimo naštos Draudikui paskirstymo taisykle, darytina išvada, kad draudiko sprendimas pareiškėjo patirtą smegenų sutrenkimą pripažinti nedraudžiamuoju įvykiu negali būti laikomas pagrįstu.

Dėl Taisyklių 10.7.3 papunkčio sąlygos taikymo

Remiantis Lietuvos bankui pateiktais dokumentais ir paaiškinimais, nustatyta, kad nagrinėjamu atveju draudikas, siekdamas pagrįsti sprendimą nemokėti draudimo išmokos dėl smegenų sutrenkimo, vadovavosi Taisyklių 10.7.3 papunkčio nuostata: jeigu toje pačioje apdraustojo kūno vietoje dėl išorinio poveikio atsirado daugiau negu vienas sužalojimas, draudimo išmoka yra mokama tik dėl sunkiausio sužalojimo.

Atsižvelgiant į draudiko pateiktus paaiškinimus dėl Taisyklių 10.7.3 papunktyje įtvirtintos draudimo sutarties sąlygos turinio ir prasmės ir pateiktą 2017 m. gegužės 28 d. įvykio pasekmių vertinimą, pažymėtina, kad draudikas iš esmės sąvoką „ta pati kūno vieta“ sutapatina su sąvoka „ta pati kūno dalis“. Draudiko vertinimu, pareiškėjo patirtas veido ir smegenų sužalojimas yra laikytini tos pačios kūno dalies, t. y. galvos, sužalojimu.

Vertinant draudiko nurodytas aplinkybes, pažymėtina, kad draudimo sutarties šalys, remiantis CK 6. 156 straipsnyje įtvirtintu sutarties laisvės principu, savarankiškai gali nusistatyti draudimo apsaugos ribas, tačiau draudikas, turėdamas įstatymo suteiktą teisę parengti draudimo rūšies taisykles, privalo užtikrinti sutarties sąlygų teisinį apibrėžtumą, jų suderinamumą, jo pateiktos sąvokos turi būti kiek įmanoma aiškiau atskleistos, konkretizuotos (Lietuvos Aukščiausiojo Teismo Civilinių bylų skyriaus teisėjų kolegijos 2007 m. kovo 16 d. nutartis civilinėje byloje Nr. 3K-3-152/2007; 2008 m. sausio 25 d. nutartis civilinėje byloje Nr. 3K-3-45/2008). Iš to darytina išvada, kad draudikas, turėdamas teisę parengti standartines draudimo sąlygas, gali nusistatyti draudimo apsaugos apimtį, tačiau Taisyklių sąlygos turi būti aiškiai ir detalai suformuluotos, kad draudėjui, sudarančiam draudimo sutartį, nekiltų abejonių dėl sutartimi teikiamos draudimo apsaugos apimties.

Pažymėtina, kad Taisyklių 10.7.3 papunkčio sąlygoje nėra įtvirtinta nuostatų, kad draudimo išmoka yra mokama tik dėl sunkiausio sužalojimo, atsiradusio toje pačioje apdraustojo kūno dalyje. Taisyklių 10.7.3 papunktyje yra aiškiai nustatyta, kad draudimo išmokos sumažinimo sąlyga yra laikytinas toje pačioje kūno vietoje atsiradęs daugiau nei vienas apdraustojo sužalojimas. Todėl, įvertinus Taisyklių 10.7.3 papunktyje įtvirtintą sąlygą lingvistinės analizės metodu, negalima konstatuoti, kad draudėjas, ketindamas apsaugoti apdraustojo turtinius interesus, susijusius su nelaimingais atsitikimais, sudarydamas sutartį su draudiku susitarė, kad draudimo išmoka bus mokama tik dėl sunkiausio toje pačioje apdraustojo kūno dalyje atsiradusio sužalojimo. Atsižvelgiant į tai, darytina išvada, kad pareiškėjas, kaip vartotojas, negalėtų tikėtis tokio Taisyklių 10.7.3 papunkčio aiškinimo, kokį pateikė draudikas.

Lietuvos bankui ginčo šalių pateikti dokumentai ir paaiškinimai patvirtina, kad draudikas Taisyklių 10.7.3 papunkčio sąlygą aiškino sau palankia linkme, pareiškėjo veido sužalojimą ir

smegenų sutrenkimą prilygindamas toje pačioje pareiškėjo *kūno dalyje* (galvoje), o ne kūno vietoje traumos metu padarytiems sužalojimams. Kadangi draudikas pritaikė Taisyklių 10.7.3 papunkčio sąlygą, neatsižvelgdamas į jos turinį ir prasmę bei šioje sąlygoje nustatytas draudimo apsaugos ribas, draudiko sprendimas mokėti draudimo išmoką tik dėl žandikaulio lūžio, kaip sunkiausio galvos sužalojimo, yra nepagrįstas.

Apibendrinus ginčo šalių pateiktus dokumentus ir paaiškinimus, remiantis reikšmingų aplinkybių ir turimų faktinių duomenų visuma, darytina išvada, kad pareiškėjo reikalavimas mokėti draudimo išmoką dėl traumos metu patirto smegenų sutrenkimo yra pagrįstas. Atsižvelgiant į tai, kad draudimo liudijime nurodyta, kad draudimo suma už sužalojimus laikinojo neįgalumo atveju yra 20 000 Eur, o Taisyklių Lentelės 1.4 papunktyje nurodyta draudimo išmoka už galvos smegenų sukrėtimą sudaro 4 proc. draudimo sumos, draudikui kyla pareiga pareiškėjui išmokėti 800 Eur draudimo išmoką dėl smegenų sutrenkimo.

Remdamasis tuo, kas išdėstyta, ir vadovaudamasis Lietuvos Respublikos vartotojų teisių apsaugos įstatymo 27 straipsnio 1 dalies 1 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 59.1 papunkčiu, n u s p r e n d ž i u:

1. Patenkinti R. S. reikalavimą ir rekomenduoti draudikui išmokėti pareiškėjui papildomą 800 Eur draudimo išmoką.

2. Įpareigoti draudiką per mėnesį nuo šio sprendimo priėmimo dienos raštu informuoti Lietuvos banką apie šio sprendimo rezoliucinės dalies 1-ame punkte nurodytos rekomendacijos įgyvendinimą (neįgyvendinimą). Draudikui neįvykdžius minėtos rekomendacijos, tai bus paskelbta Lietuvos Respublikos teisės aktų nustatyta tvarka.

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