LIETUVOS BANKAS
TEISĖS IR LICENCIJAVIMO DEPARTAMENTO DIREKTORIUS

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

2026-04-27 Nr. 429-136
Vilnius

Lietuvos bankas gavo X. X. (toliau – pareiškėja) kreipimąsi, kuriuo prašoma išnagrinėti tarp pareiškėjos ir *Compensa Life Vienna Insurance Group SE*, veikiančios Lietuvoje per įsteigtą filialą, (toliau – draudikas) kilusį ginčą.

N u s t a t y t a:

Draudikas pagal su draudėja UAB „World Courier (Lithuania)" (toliau – draudėja) sudarytą Sveikatos draudimo sutartį (toliau – draudimo sutartis) nuo 2024 m. gruodžio 31 d. iki 2025 m. gruodžio 30 d. įsipareigojo teikti draudėjos darbuotojams sveikatos draudimo paslaugas. Draudimo sutartis sudaryta draudiko parengtų Sveikatos draudimo taisyklių Nr. 010[1] (toliau – Taisyklės) pagrindu.

2025 m. rugpjūčio 30 d. pareiškėja, kaip draudėjos darbuotoja, kreipėsi į draudiką, prašydama kompensuoti 2025 m. rugpjūčio 14 d. patirtas 200 Eur išlaidas už gydytojo dermatovenerologo suteiktas paslaugas. Draudikas pareiškėjos prašymą tenkino iš dalies, kompensavo 50 Eur už gydytojo konsultaciją ir paaiškino pareiškėjai, kad, vadovaujantis Taisyklėmis, kompensuoti 150 Eur už veido valymo paslaugą negalima.

Be kita ko, draudikas taip pat informavo pareiškėją, kad tolimesnis nustatytos dermatologinės ligos gydymas (šiuo konkrečiu atveju – (duomenys neskelbtini)) ir dėl to patirtos išlaidos, įskaitant gydytojo konsultacijas dėl ligos gydymo, gydymo kontrolės ar gydymo keitimo, negalės būti dengiamos iš draudimo programos „Ambulatorinis gydymas ir diagnostika". Draudikas atkreipė pareiškėjos dėmesį, kad, vadovaujantis Taisyklių priedu Nr. 1 (toliau – Taisyklių priedas Nr. 1)[2], dermatologinių ligų gydymas (įskaitant, bet tuo neapsiribojant, aknę, „rozaceą", raudonį, kapiliarų ligas ir kt.) yra priskiriamas prie nekompensuojamų išlaidų.

2025 m. lapkričio 25 d. pareiškėja draudikui pateikė naują prašymą kompensuoti 85 Eur už gydytojo dermatovenerologo paslaugas.

2025 m. gruodžio 1 d. draudikas pranešė pareiškėjai apie priimtą sprendimą įvykį pripažinti nedraudžiamuoju ir nekompensuoti pareiškėjos patirtų 85 Eur išlaidų. Draudikas informavo, kad, vadovaujantis Taisyklių priedo Nr. 1 nuostatomis, iš „Ambulatorinio gydymo ir diagnostikos" programos nekompensuojamos išlaidos, bet kokia apimtimi susijusios su dermatologinių ligų gydymu (kapiliarų ligų, pigmentacijos sutrikimų, raudonio, rožinės, aknės ir kt.; odos ir poodžio gerybinių navikų / darinių gydymo (apgamų, karpų, papilomų, keratomų, moliuskų ir kt.)

2025 m. gruodžio 8 d. draudikas, atsakydamas į pareiškėjos 2025 m. gruodžio 3 d. laišką, nurodė, kad laikosi pozicijos, jog 2025 m. lapkričio 25 d. gydytojo dermatovenerologo konsultacija, už kurią sumokėtus 85 Eur prašo atlyginti pareiškėja, buvo suteikta dėl jau 2025 m. rugpjūčio 14 d. nustatytų ligų gydymo ir kontrolės, t. y. sprendimas buvo priimtas, vadovaujantis 2025 m. lapkričio 25 d. Ambulatorinio apsilankymo aprašymu (toliau – 2025 m. lapkričio 25 d. apsilankymo aprašymas), iš kurio matoma, kad konsultacijos metu pareiškėjai nebuvo diagnozuota jokia kita nauja liga, o gydomi tie patys susirgimai, kurie egzistavo jau 2025 m. rugpjūčio 14 d. apsilankymo metu – (duomenys neskelbtini).

[1] Galioja nuo 2024 m. gruodžio 1 d.
[2] Galioja sutartims, sudarytoms nuo 2024 m. gruodžio 1 d.

2025 m. gruodžio 16 d. pareiškėja draudikui pateikė pakartotinį prašymą kompensuoti 85 Eur už Įvykio Nr. 2 metu suteiktas gydytojo dermatovenerologo paslaugas bei pateikė gydytojo pakoreguotą 2025 m. lapkričio 25 d. apsilankymo aprašymą.

Draudikas pareiškėjos prašymo netenkino. Draudikas nurodė, kad sprendimas buvo priimtas vadovaujantis pirmiau pateiktu, nekoreguotu 2025 m. lapkričio 25 d. apsilankymo aprašymu, iš kurio matyti, kad konsultacijos metu pareiškėjai nebuvo diagnozuota jokia kita liga, o gydomi tie patys susirgimai – (duomenys neskelbtini). Draudiko teigimu, taip pat nebuvo paskirta jokių papildomų tyrimų diagnozei patikslinti. Laboratoriniai tyrimai (duomenys neskelbtini), kuriuos pareiškėjai gydytoja paskyrė, įprastai atliekami dėl paskirto vaisto (duomenys neskelbtini) galimo šalutinio poveikio stebėjimo.

Draudikui pareiškėjos pretenzijos netenkinus, pareiškėja kreipėsi į Lietuvos banką, prašydama išnagrinėti kilusį ginčą. Pareiškėja draudikui kėlė reikalavimą atlyginti patirtas 85 Eur išlaidas už gydytojo dermatovenerologo paslaugas.

Lietuvos banke buvo gautas draudiko atsiliepimas. Jame draudikas nurodė, kad, vadovaujantis Taisyklių priedo Nr. 1 1.3.13 papunkčiu, nekompensuojamos „visos išlaidos bet kokia apimtimi susijusios ir patirtos dėl dermatologinių ligų gydymo (kapiliarų ligų, pigmentacijos sutrikimų, raudonio, rozacea, aknės ir kt.); odos ir poodžio gerybinių navikų / darinių gydymo (apgamų, karpų, papilomų, keratomų, moliuskų ir kt.)“. 2025 m. lapkričio 25 d. apsilankymo aprašyme (be korekcijų) buvo aiškiai nurodyta, kad išlaidos patirtos dėl tolimesnio jau anksčiau nustatytų ligų (egzistavusių 2025 m. rugpjūčio 14 d. apsilankymo metu) gydymo. Be kita ko, Taisyklių 11.1.6 papunktyje aiškiai ir nedviprasmiškai įtvirtinta, kad draudimo išmokos nemokamos, kai, vadovaudamasis pirminiais pateiktais medicinos dokumentais, draudikas priėmė sprendimą nemokėti draudimo išmokos ir apdraustasis pateikė to paties įvykio (apsilankymo) medicinos dokumentus su atliktomis papildomomis korekcijomis pakartotiniam vertinimui, siekiant pakeisti draudiko sprendimą.

Draudikas nurodė, kad surinko pakankamai duomenų ir pagrįstai atsisakė pareiškėjai atlyginti 2025 m. lapkričio 25 d. patirtas 85 Eur išlaidas už gydytojo dermatovenerologo paslaugas, todėl prašė pareiškėjos reikalavimą atmesti kaip nepagrįstą.

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.

Įvertinus ginčo šalių pateiktus dokumentus ir paaiškinimus, matyti, kad šalių nesutarimas kilo dėl draudiko sprendimo nemokėti 85 Eur draudimo išmokos, atlyginančios pareiškėjos patirtas išlaidas už gydytojo dermatovenerologo paslaugas.

Siekiant išspręsti tarp šalių kilusį ginčą, Lietuvos banko nuomone, būtina aptarti draudimo apsaugą reglamentuojančias draudimo sutarties sąlygas ir įvertinti, ar draudiko sprendimas yra pagrįstas ir atitinka draudimo sutarties nuostatas.

Lietuvos Respublikos civilinio kodekso (toliau – CK) 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.

CK 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 teisės aktams. Teisėtai sudaryta ir galiojanti sutartis jos šalims turi įstatymo galią (CK 6.189 straipsnio 1 dalį). CK 6.38 straipsnyje įtvirtinti prievolių vykdymo principai įpareigoja sutarties šalis savo prievoles vykdyti sąžiningai, tinkamai, pagal įstatymų ar sutarties nurodymus, o kai tokių nėra – vadovaujantis protingumo kriterijais. Be to, kiekviena šalis turi atlikti savo pareigas kuo ekonomiškiau ir vykdydama prievolę bendradarbiauti su kita šalimi

(šalių pareiga kooperuotis).

Draudimo sutartis, kuria, be kita ko, buvo apdrausti pareiškėjos turtiniai interesai, susiję su sveikata ir jos priežiūra, yra savanoriška, todėl draudikas 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. Prisiimdamas draudimo riziką, draudikas nustato draudimo sutartimi suteikiamos draudimo apsaugos ribas ir sąlygas. Draudimo apsauga ir jos teikimo sąlygos nustatomos tiek draudiko parengtose draudimo rūšies taisyklėse, tiek draudimo liudijime aptartose individualiosiose sąlygose[3].

Draudimo apsaugos apimtį lemia draudimo objektas, draudžiamųjų įvykių, nedraudžiamųjų įvykių sąrašas ir kitos draudimo sutarties sąlygos, nustatančios draudimo sutarties šalių įsipareigojimų turinį, kuris leidžia spręsti apie draudiko prisiimtos draudimo rizikos laipsnį[4].

Remiantis Lietuvos Respublikos draudimo įstatymo 2 straipsnio 33 punktu, draudžiamasis įvykis – tai draudimo sutartyje nurodytas atsitikimas, kuriam įvykus draudikas privalo mokėti draudimo išmoką. Teisine prasme draudžiamasis įvykis yra juridinis faktas, t. y. realaus gyvenimo reiškinys, su kuriuo įstatymas sieja teisinius padarinius, konkrečiai – draudiko pareigą mokėti draudimo išmoką. Nedraudžiamuoju įvykiu laikytinas atsitikimas, kai įvyksta į draudimo rizikos apibrėžtį patenkantis įvykis, tačiau šalys yra susitariusios, kad dėl konkrečių aplinkybių ir savitų aiškiai draudimo sutartyje nustatytų sąlygų šis įvykis nelemia draudiko pareigos išmokėti draudimo išmoką[5]. Taigi draudiko prievolės išmokėti draudimo išmoką pagal įstatymuose nustatytą teisinį reglamentavimą ir draudimo sutartį atsiradimas siejamas su draudžiamojo įvykio fakto nustatymu, kai nėra nedraudžiamojo įvykio sąlygų (CK 6.987 straipsnis)[6].

Šalių teises ir pareigas įtvirtinančių Taisyklių 1.1.24 papunktyje nustatyta, kad draudžiamuoju įvykiu laikomas draudimo sutartyje numatytas įvykis, kuriam įvykus draudimo sutartyje numatyta tvarka ir sąlygomis draudikas įsipareigoja sumokėti draudimo išmoką. Draudžiamuoju įvykiu gali būti pripažintas tik toks įvykis, kuris įvyko po draudimo sutarties įsigaliojimo ir draudimo apsaugos galiojimo metu, bei kuris nėra nedraudžiamasis įvykis ir nėra priskirtas nekompensuojamoms išlaidoms pagal Taisykles ir draudimo sutartį. Remiantis Taisyklių 9.1.1 papunkčiu, tam, kad įvykis būtų pripažintas draudžiamuoju įvykiu, jis, be kitų, turi atitikti šias Taisyklėse išvardytas sąlygas: įvykis turi būti nustatytas draudimo sutartyje ir atitikti joje įtvirtintus reikalavimus bei sąlygas.

Draudimo liudijimo 2.1.2 papunktyje nustatyta, kad pagal draudimo programą „Ambulatorinis gydymas ir diagnostika" draudžiamaisiais įvykiais bus laikoma ir patirtos išlaidos gali būti kompensuojamos, laikantis Taisyklių priedo Nr. 1 pirmo skirsnio reikalavimų ir kitų draudimo sutarties sąlygų, už odos ir poodžio gerybinių navikų ir (ar) darinių gydymą chirurginiu būdu.

Vadovaujantis Taisyklių priedo Nr. 1 1.3.13 papunkčiu, dermatologinių ligų gydymas yra priskiriamas prie nekompensuojamų išlaidų.

Taigi, vadovaujantis minėta taisyklių nuostata, draudikas neįsipareigojo atlyginti dermatologinių ligų[7] gydymo išlaidų, išskyrus atvejus pagal darbdavio suderėtą sutarties išimtį iš „Ambulatorinio gydymo ir diagnostikos" programos, kai išlaidos gali būti kompensuojamos už atipinių ir (ar) displazinių apgamų gydymą chirurginiu būdu, „fiksuojant atipiją siaskopu ar dermatoskopu".

Draudikas sprendimą nekompensuoti pareiškėjos patirtų 85 Eur išlaidų už gydytojo dermatovenerologo paslaugas grindžia būtent Taisyklių priedo Nr. 1 1.3.13 papunkčiu.

Draudikas nurodo, kad ankstesnėje žalos byloje, dėl kurios pareiškėjai buvo išmokėta dalis draudimo išmokos[8], pateiktame 2025 m. rugpjūčio 14 d. Ambulatorinio apsilankymo aprašyme (toliau - 2025 m. rugpjūčio 14 d. apsilankymo aprašymas), be kita ko, nurodytos pareiškėjai nustatytos diagnozės: „<...> Diagnozės: (duomenys neskelbtini)/ 0 – Kitos ligos, pakartotinai diagnozuojamos šiais metais. <...>".

---

[3] Lietuvos Aukščiausiojo Teismo 2015 m. gegužės 22 d. nutartis civilinėje byloje Nr. 3K-3-283-695/2015 ir kt.

[4] Lietuvos Aukščiausiojo Teismo 2007 m. lapkričio 29 d. nutartis civilinėje byloje Nr. 3K-3-536/2007.

[5] Lietuvos Aukščiausiojo Teismo 2013 m. birželio 26 d. nutartis, priimta civilinėje byloje Nr. 3K-3-316/2013.

[6] Lietuvos Aukščiausiojo Teismo 2013 m. balandžio 19 d. nutartis civilinėje byloje Nr. 3K-3-215/2013.

[7] Įskaitant, bet neapsiribojant akne, rožine, raudoniu, kapiliarų ligomis ir kt.

[8] Kurios pareiškėja neginčijo.

Draudikas paaiškino, kad nors formaliai 2025 m. rugpjūčio 14 d. apsilankymo aprašyme įrašyta tik diagnozė „(duomenys neskelbtini)“, objektyvaus tyrimo aprašyme nurodyta: „(duomenys neskelbtini)“. (duomenys neskelbtini) yra esminis ir specifinis ligos (duomenys neskelbtini) diagnostinis kriterijus, nebūdingas (duomenys neskelbtini). Taip pat anamnezėje pažymėta, kad pacientė „gydyta paskutinius pusę metų: (duomenys neskelbtini) kas antrą dieną, (duomenys neskelbtini) kas antrą dieną, (duomenys neskelbtini)“, tai patvirtina tęstinį ligos „(duomenys neskelbtini)“ gydymą. Todėl medicininiu požiūriu konstatuotina, kad liga (duomenys neskelbtini) apsilankymo metu pareiškėjai jau buvo diagnozuota bei aktyviai gydoma.

Taigi, atsižvelgiant į draudiko pateiktus paaiškinimus, 2025 m. rugpjūčio 14 d. apsilankymo metu nustatyti klinikiniai požymiai ir taikytas gydymas patvirtina tęstinę (duomenys neskelbtini) gydymo eigą bei kitą diagnozuotą ligą – (duomenys neskelbtini).

Ginčui aktualioje žalos byloje, remdamasis pareiškėjos pateiktu 2025 m. lapkričio 25 d. apsilankymo aprašymu (be korekcijų), draudikas nusprendė, kad pareiškėjos prašomos atlyginti 85 Eur išlaidos buvo patirtos dėl jau 2025 m. rugpjūčio 14 d. egzistavusių ir diagnozuotų ligų – (duomenys neskelbtini) – gydymo. Draudikas Lietuvos bankui pateikė minėtą 2025 m. lapkričio 25 d. apsilankymo aprašymą, kuriame nurodyta: „(duomenys neskelbtini).“

Taigi, 2025 m. lapkričio 25 d. apsilankymo aprašyme nurodyta, kad apsilankymas yra skirtas „tolimesniam gydymui“, o diagnozė „(duomenys neskelbtini)“ įvardinta kaip aktyvi ir patvirtinta. Klinikinė būklė aprašoma kaip pagerėjusi, tęsiamas tas pats gydymas („(duomenys neskelbtini)“, „(duomenys neskelbtini)“ vaistais).

Atsižvelgiant į tai, sutiktina su draudiko argumentu, kad šie duomenys objektyviai patvirtina, jog 2025 m. lapkričio 25 d. gydytojo dermatovenerologo konsultacija pareiškėjai buvo skirta jau anksčiau nustatytų ir gydytų ligų – (duomenys neskelbtini) – stebėsenai bei gydymo tęstinumui, o ne naujos ligos diagnostikai.

Kreipimesi į Lietuvos banką pareiškėja nurodė, kad 2025 m. lapkričio 25 d. vizito, už kurį pareiškėja sumokėjo 85 Eur, gydytojas dermatovenerologas atliko naują medicininį tyrimą, įskaitant nugaros ir apgamų apžiūrą, kuri anksčiau nebuvo atlikta. Pareiškėjos teigimu, vizito tikslas buvo medicininis įvertinimas ir diagnozė, o ne kosmetinis ar vien dermatologinis gydymas.

Reaguodamas į šiuos pareiškėjos teiginius, atsiliepime į pareiškėjos kreipimąsi draudikas pažymėjo, kad, draudikui priėmus sprendimą nekompensuoti išlaidų ir paaiškinus sprendimo priežastis, 2025 m. gruodžio 16 d., siekdama pakeisti draudiko sprendimą, pareiškėja pateikė pakoreguotą, naujomis diagnozėmis papildytą 2025 m. lapkričio 25 d. apsilankymo aprašymą.

Pakoreguotame 2025 m. lapkričio 25 d. apsilankymo aprašyme nurodyta: (duomenys neskelbtini).“

Iš pateiktų duomenų matyti, kad koreguotame 2025 m. lapkričio 25 d. apsilankymo aprašyme nurodyta nauja diagnozė – „(duomenys neskelbtini)“. Atsižvelgdamas į tai, draudikas pažymi, kad, pagal Taisyklių 11.1.6 papunktį, draudimo išmokos nemokamos, kai: „vadovaujantis pirminiais pateiktais medicininiais dokumentais, Draudikas priėmė sprendimą nemokėti draudimo išmokos ir Apdraustasis pateikė to paties įvykio medicininius dokumentus su atliktomis papildomomis korekcijomis pakartotiniam vertinimui, siekiant pakeisti Draudiko sprendimą; <...> kai pateikiamas pakoreguotas to paties apsilankymo pas gydytoją medicininis dokumentas, esant jau priimtam draudiko sprendimui dėl išlaidų nekompensavimo, siekiant pakeisti draudiko sprendimą.“

Įvertinus minėtas nuostatas ir pateiktus duomenis, sutiktina su draudiku, kad pareiškėja po nepalankaus draudiko sprendimo pateikė pakoreguotą 2025 m. lapkričio 25 d. apsilankymo aprašymą su naujais duomenimis. Ši situacija iš esmės atitinka Taisyklių 11.1.6 papunkčio sąlygas.

Be to, draudikas, siekdamas pagrįsti savo sprendimą, papildomai Lietuvos bankui pateikė 2025 m. vasario 11 d. E025 formos Ambulatorinio apsilankymo aprašymą (toliau – 2025 m. vasario 11 d. apsilankymo aprašymas), iš kurio matyti, kad dar 2025 m. vasario 11 d. vizito pas gydytoją dermatovenerologą metu pareiškėjai buvo aiškiai nustatyta diagnozė „(duomenys neskelbtini)“, nurodant, kad liga yra aktyvi. Be to, anamnezėje nurodoma, kad pacientė jau anksčiau buvo gydoma (duomenys neskelbtini) gydyti skirtais vaistais.

Atsižvelgiant į šalių pateiktus dokumentus ir paaiškinimus, taip pat įvertinus faktą, kad pareiškėja nei draudikui, nei Lietuvos bankui nepateikė jokių objektyvių duomenų (tik subjektyvius paaiškinimus), kurie paneigtų draudiko pateiktą informaciją, darytina išvada, kad draudikas pagrįstai, vadovaudamasis draudimo sutarties nuostatomis, Taisyklių priedo Nr. 1 1.3.13 bei Taisyklių 11.1.6 papunkčiuose nustatytomis sąlygomis, atsisakė pareiškėjai išmokėti

draudimo išmoką. Atitinkamai konstatuotina, kad pareiškėjos reikalavimas įpareigoti draudiką atlyginti 2025 m. lapkričio 25 d. patirtas 85 Eur išlaidas už gydytojo dermatovenerologo paslaugas laikytinas nepagrįstu.

Remdamasis tuo, kas išdėstyta, ir vadovaudamasi 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. 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