



**LIETUVOS BANKO
TEISĖS IR LICENCIJAVIMO DEPARTAMENTO
DIREKTORIUS**

**SPRENDIMAS
DĖL X. X. IR ADB „COMPENSA VIENNA INSURANCE GROUP“
GINČO NAGRINĖJIMO**

2026-05-12 Nr. 429-156
Vilnius

Lietuvos bankas gavo X. X. (toliau – pareiškėja) kreipimąsi, kuriuo pareiškėja prašė išnagrinėti tarp jos ir ADB „Compensa Vienna Insurance Group“ (toliau – draudikas) kilusį ginčą.

N u s t a t y t a:

2026 m. sausio 1 d. – 2026 m. gruodžio 31 d. draudimo laikotarpiui tarp UAB „Šiaulių vandenys“ (toliau – draudėja) ir draudiko buvo sudaryta Sveikatos draudimo sutartis (draudimo liudijimo Nr. (*duomenys neskelbtini*)) (toliau – Draudimo sutartis), kuria buvo apdrausti draudėjos darbuotojai. Draudimo sutartimi taip pat buvo apdrausti pareiškėjos, kaip draudėjos darbuotojos, turtiniai interesai.

Draudimo sutartyje nurodyta, kad ji sudaryta Savanoriško sveikatos draudimo taisyklių¹ (toliau – Taisyklės) pagrindu. Draudimo sutartyje taip pat įtvirtinta, kad Taisyklės Draudimo sutarties taikomos tiek, kiek jos neprieštaruoja Darbuotojų sveikatos draudimo paslaugų pirkimo sutarties Nr. (*duomenys neskelbtini*) sąlygoms (toliau – Specialiosios sąlygos).

Pareiškėja draudikui pateikė prašymą pagal Specialiąsias sąlygas išmokėti draudimo išmoką dėl (*duomenys neskelbtini*) (toliau – Įvykis). Pareiškėja draudikui keliama reikalavimą grindė UAB „Affidea“ 2026 m. sausio 17 d. Ambulatorinio apsilankymo aprašymo (toliau – Aprašymas) duomenimis. Aprašyme nurodyta, kad pareiškėjai buvo taikytas gydymas: „(*duomenys neskelbtini*)“. Pareiškėja draudikui pateikė UAB „Affidea“ 452,76 Eur jai suteiktų medicinos paslaugų išlaidų patyrimą patvirtinantį įrodymą.

Draudikas priėmė sprendimą atsisakyti išmokėti pareiškėjos patirtas medicinos paslaugų išlaidas atlyginančią draudimo išmoką, nuroydamas, kad pareiškėjai taikytas (*duomenys neskelbtini*) gydymas neatitinka Draudimo sutartyje nustatytą draudimo varianto „Ambulatorinis gydymas“ draudžiamąjį įvykių sąlygų.

Pareiškėja, nesutikdama su draudiko sprendimu, nurodė, kad jos patirtos medicinos paslaugų išlaidos atitinka Specialiosiose sąlygose įtvirtintus (*duomenys neskelbtini*) gydymo pripažinimo draudžiamuoju įvykiu kriterijus. Pareiškėja pabrėžė, kad jai buvo nustatytos medicininės diagnozės: (*duomenys neskelbtini*). Pareiškėja nurodė, kad (*duomenys neskelbtini*) gydymas (*duomenys neskelbtini*) jai buvo taikytas, esant medicininėms indikacijoms.

Pareiškėja taip pat pabrėžė, kad Aprašyme yra nurodyta, kad „pacientas kreipėsi pagrįstai, todėl toliau asmens sveikatos priežiūros paslaugos gali būti teikiamos ir apmokamos iš PSDF biudžeto lėšų bendra tvarka“. Pareiškėjos teigimu, minėti duomenys patvirtina, kad pareiškėjai taikytas (*duomenys neskelbtini*) gydymas (*duomenys neskelbtini*) atitinka Taisyklėse ir Specialiosiose sąlygose nustatytas (*duomenys neskelbtini*) gydymo pripažinimo draudžiamuoju pagal draudimo varianto „Ambulatorinis gydymas“ sąlygas požymius.

Draudikas atsakyme į pareiškėjos pretenziją nurodė, kad Aprašyme nebuvo įtvirtinta duomenų, jog pareiškėja būtų atvykusi dėl (*duomenys neskelbtini*) pakitimų įvertinimo. Draudikas pabrėžė, kad Aprašyme nebuvo nurodyta jokių duomenų apie medicininės indikacijas (*duomenys neskelbtini*) gydyti. Todėl, draudiko vertinimu, nėra pagrindo spręsti, kad (*duomenys neskelbtini*) gydymas (*duomenys neskelbtini*) pareiškėjai buvo atliktas dėl sveikatos sutrikimo gydymo, o ne estetiniais tikslais.

¹ Galioja nuo 2025 m. birželio 9 d.

Pareiškėja, nesutikdama su draudiko jos patirtų medicinos paslaugų išlaidų atitikties Draudimo sutartyje įtvirtintoms draudžiamąjį įvykio sąlygoms vertinimu, nurodė, kad Specialiųjų sąlygų 1.1.10 papunktyje, reglamentuojančiame (*duomenys neskelbtini*) gydymą, nėra nurodyta, kad turi būti nustatyta (*duomenys neskelbtini*) ar (*duomenys neskelbtini*) pakitimai. Pareiškėja pabrėžė, kad jai buvo „nustatytos medicininės diagnozės (*duomenys neskelbtini*)“, buvo taikytas (*duomenys neskelbtini*) gydymas (*duomenys neskelbtini*), buvo pateiktos (*duomenys neskelbtini*) rekomendacijos, medicinos dokumente nurodyta, kad paslaugos gali būti apmokamos PSDF lėšomis bendra tvarka, kas ir patvirtina, kad procedūra buvo mediciniškai pagrįsta ir ne kosmetinė“.

Remdamasi nurodytomis aplinkybėmis, pareiškėja draudikui kėlė reikalavimą pagal Draudimo sutarties sąlygas dėl įvykio išmokėti draudimo išmoką.

Draudikas, nesutikdamas su pareiškėjos keliamu reikalavimu, nurodė, kad Aprašyme pateikti medicinos dokumentų duomenys nepatvirtino Draudimo sutartyje įtvirtintų draudimo išmokos mokėjimo dėl apdraustojo (*duomenys neskelbtini*) diagnostikos ir jų gydymo (*duomenys neskelbtini*) pripažinimo draudžiamuoju įvykiu sąlygų.

Draudikas taip pat nurodė, kad pareiškėja į sveikatos priežiūros įstaigą kreipėsi dėl anksčiau taikyto sveikatos sutrikimo (*duomenys neskelbtini*) įvertinimo. Draudikas pabrėžė, kad jis pareiškėjai yra išmokėjęs medicinos paslaugų išlaidas, susijusias su iki įvykio pareiškėjai diagnozuotu sveikatos sutrikimu, atlyginančią draudimo išmoką. Remdamasis nurodytomis aplinkybėmis, draudikas nurodė, kad jis tinkamai vykdė iš Draudimo sutarties kylančius įsipareigojimus ir jam nekyla pareiga tenkinti ginčui aktualaus pareiškėjos reikalavimo dėl (*duomenys neskelbtini*) ir (*duomenys neskelbtini*) išlaidas atlyginančios draudimo išmokos išmokėjimo.

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 pareiškėjai išmokėti jos patirtas (*duomenys neskelbtini*) diagnostikos ir gydymo (*duomenys neskelbtini*) išlaidas atlyginančią draudimo išmoką pagrįstumo.

*Siekiant išnagrinėti tarp pareiškėjos ir draudiko kilusį ginčą, būtina įvertinti: 1) Draudimo sutarties sąlygų, nustatančių apdraustojo patirtoms (*duomenys neskelbtini*) diagnostikos ir gydymo išlaidoms teikiamos draudimo apsaugos apimtį, turinio ir prasmės bei jų aiškinimo ir 2) pareiškėjos patirtų (*duomenys neskelbtini*) diagnostikos ir gydymo (*duomenys neskelbtini*) išlaidų atitikties Specialiųjų sąlygų 1.1.10 papunkčio sąlygoms aplinkybes.*

*1. Dėl Draudimo sutarties sąlygų, nustatančių apdraustojo patirtoms (*duomenys neskelbtini*) diagnostikos ir gydymo išlaidoms teikiamos draudimo apsaugos apimtį, turinio ir prasmės bei jų aiškinimo*

Remiantis Lietuvos Respublikos civilinio kodekso (toliau – CK) 6.987 straipsnio 1 dalyje įtvirtinta draudimo sutarties samprata, 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 įvykiui².

² Draudimo įstatymo 2 straipsnio 2 dalies 10 punktas.

Draudimo sutartimi draudimo objektui teikiama draudimo apsauga nėra absoliuti – draudikas, prisiimdamas draudimo riziką, nustato draudimo sutartimi suteikiamos draudimo apsaugos ribas. Draudimo taisyklėse nustatomi atvejai, kurie laikytini draudžiamaisiais įvykiais, taip pat kurie tokiais nelaikytini.

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 reiškiny, su kuriuo įstatymas sieja teisinius padarinius, konkrečiai – draudiko pareigą išmokėti draudimo išmoką. Sutartyje nustatyti draudžiamieji ir nedraudžiamieji įvykiai apibrėžia draudiko prisiimamos rizikos mastą, draudimo sutarties apimtį ir ribas. Nedraudžiamuoju įvykiu laikytinas atsitikimas, kai įvyksta į draudimo rizikos apibrėžtį patenkančias įvykis, tačiau šalys yra susitariusios, kad dėl konkrečių aplinkybių ir savitų aiškiai draudimo sutartyje nustatytų sąlygų šis įvykis nelemia draudiko pareigos išmokėti draudimo išmoką³.

Taigi, draudiko prievolės išmokėti draudimo išmoką pagal įstatymuose nustatytą teisinį reglamentavimą ir draudimo sutartį atsiradimas siejamas su draudžiamąjo įvykio fakto nustatymu ir nedraudžiamąjo įvykio sąlygų nebuvimu (CK 6.987 straipsnis).

Taisyklių 5.1 papunktyje nustatyta, kad pagal draudimo varianto „Ambulatorinis gydymas“ sąlygas draudžiamuoju įvykiu laikomos išlaidos, patirtos už apdraustajam dėl jo sveikatos sutrikimo draudimo laikotarpiu ir/ar dėl jam gydytojo paskirto sekimo sveikatos priežiūros įstaigoje draudimo laikotarpiu suteiktas ambulatorinės sveikatos priežiūros paslaugas.

Taisyklių 4.1 papunktyje sveikatos sutrikimas apibrėžiamas, kaip apdraustajam diagnozuotos lėtinės ligos paūmėjimas (įskaitant darinio savaiminį pasikeitimą) arba nenustatytos, bet lėtinės ligos simptomais išreikštos sveikatos būklės pasikeitimas, taip pat ūmi liga ar trauma, dėl kurio/kurios pasireiškimo apdraustasis kreipėsi į sveikatos priežiūros įstaigą, išreikšdamas nusiskundimus klinikiniais simptomais, ir dėl kurio/ kurios, esant medicininėms indikacijoms, atliekami diagnostiniai tyrimai ir taikomas gydymas.

Taisyklių 4.2 papunktyje medicininės indikacijos apibrėžiamos, kaip mediciniame išraše aprašyti medicininiai (-ių) simptomai (-ų), dėl kurio (-ių) pasireiškimo apdraustasis kreipėsi į sveikatos priežiūros įstaigą ir kurie kompetentingo gydytojo laikomi objektyvia priežastimi atlikti konkrečius tų simptomų diagnostikai reikalingus tyrimus, bei pagal apdraustojo skundus dėl klinikinio (-ių) simptomo (-ų) atliktos apžiūros ir apdraustojo sveikatos būklės ištyrimo rezultatai, kompetentingo gydytojo specialisto laikomi objektyvia priežastimi atlikti procedūras ir taikyti būtiną gydymą.

Pažymėtina, kad šalys nesutaria dėl Draudimo sutarties sąlygų, nustatančių apdraustojo patirtoms (*duomenys neskelbtini*) diagnostikos ir gydymo išlaidoms teikiamos draudimo apsaugos apimtį, aiškinimo ir taikymo. Pareiškėja nurodė, kad Specialiųjų sąlygų 1.1.10 papunktyje nėra nustatyta, kad „darinių šalinimo kompensavimas būtų siejamas tik su (*duomenys neskelbtini*).“ Pareiškėjos teigimu, vieninteliai (*duomenys neskelbtini*) diagnostikos ir jų gydymo pripažinimo draudžiamuoju įvykiu kriterijai yra ne estetiniais tikslais apdraustajam taikytas (*duomenys neskelbtini*) gydymas (*duomenys neskelbtini*). Draudikas, nesutikdamas su pareiškėjos pateiktu Specialiųjų sąlygų 1.1.10 papunkčio sąlygos aiškinimu, nurodė, kad tik Taisyklėse medicinos indikacijų sampratą atitinkančių apdraustajam taikytų (*duomenys neskelbtini*) diagnostikos ir gydymo išlaidos patenka į Draudimo sutartimi teikiamą draudimo apsaugą.

CK 6.193–6.195 straipsniai įtvirtina, kad sutartis turi būti aiškinama nustatant tikruosius sutarties šalių ketinimus, atsižvelgiant į sutarties sąlygų tarpusavio ryšį, sutarties esmę, tikslą, jos sudarymo aplinkybes, šalių derybas dėl sutarties sudarymo, šalių elgesį po sutarties sudarymo ir kitas reikšmingas aplinkybes. Esminiai sutarčių aiškinimo principai – nagrinėti tikruosius sutarties šalių ketinimus ir aiškinti sutartį sąžiningai – lemia būtinybę aiškinant sutarties sąlygas įvertinti sutarties šalių elgesį, jų subjektyvią nuomonę dėl sutarties sąlygų turinio ir tų sąlygų suvokimą sutarties sudarymo metu, tačiau kai šalių ketinimai nesutampa, būtina atsižvelgti ir į sutarties sąlygų lingvistinę reikšmę, nes sutarties teksto lingvistinė analizė gali padėti nustatyti, kurios šalies ketinimai atitinka sutarties lingvistinę prasmę⁴. Tuo atveju, jei

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

⁴ Lietuvos Aukščiausiojo Teismo 2012 m. balandžio 4 d. nutartis, priimta civilinėje byloje Nr. 3K-3-146/2012; 2010 m. birželio 22 d. nutartis, priimta civilinėje byloje Nr. 3K-3-288/2010.

abejojama dėl sąvokų, kurios gali turėti kelias reikšmes, šioms sąvokoms priskiriama priimtinausia, atsižvelgiant į tos sutarties prigimtį, esmę bei jos dalyką, reikšmę.

Lietuvos Aukščiausiojo Teismo praktikoje konstatuota, kad, vertinant, ar sutarties sąlygos turinys ir formuluotė išdėstyti aiškiai, turi būti sprendžiama pagal tai, ar esminės nuostatos išdėstytos suprantamai normalių gebėjimų asmeniui, ar daug nuostatų apima sąlyga, ar kiekviena iš jų detalai aptarta. Analizuojant išraiškos būdą gali turėti reikšmės tai, ar sąlygos nuostata tiesiogiai suformuluota ir išreikšta taisyklėse ar ne, ar reikšmingos nuostatos pateikiamos nuosekliai vienoje taisyklių dalyje, ar keliose vietose ir dėl to apsunkina susipažinimą ir tinkamą turinio suvokimą, ar nuostata išreikšta valstybine kalba, ar tokiu pat šriftu kaip ir kitos taisyklių sąlygos ir kt.⁵

Sistemiškai aiškinant Taisyklių 4.1, 4.2 ir 5.1 papunkčių sąlygas, darytina išvada, kad pagal draudimo varianto „Ambulatorinis gydymas“ sąlygas draudžiamuoju įvykiu laikomos dėl apdraustajam dėl jo ligos paūmėjimo (įskaitant ir (*duomenys neskelbtini*)), lėtinės ligos simptomų pasikeitimo, ūmios ligos ar traumos, dėl kurių apdraustasis kreipėsi į sveikatos priežiūros įstaigą, atliktų tyrimų ir taikyto gydymo patirtos medicinos paslaugų išlaidos.

Specialiosiose sąlygose draudimo varianto „Ambulatorinis gydymas“ sąlygos yra įtvirtintos šių sąlygų 1.1 papunktyje. Specialiųjų sąlygų 1.1 papunktis nustato, kad pagal šio draudimo varianto sąlygas yra mokama draudimo išmoka dėl apdraustojo ūmios ligos, lėtinės ligos paūmėjimo ir (ar) nelaimingo atsitikimo privačiose ir valstybinėse sveikatos priežiūros įstaigose ir/ar apdraustojo namuose suteiktų sveikatos priežiūros paslaugų patirtos medicinos paslaugų išlaidos.

Pažymėtina, kad Specialiųjų sąlygų I skirsnyje „Pagrindinės sąvokos“ sveikatos sutrikimas apibrėžiamas, kaip apdraustojo sveikatos ar fiziologinės būklės pokytis (ūmios ligos, lėtinės ligos, lėtinės ligos paūmėjimo ir/ar nelaimingo atsitikimo atvejais), reikalaujantis mediciniškai pagrįsto gydymo, diagnostikos taikymo ar profilaktikos, sveikatinimo priemonių, kitų sveikatos priežiūros paslaugų.

Specialiųjų sąlygų 1.1.1-1.1.30 papunkčiuose yra pateikta Specialiųjų sąlygų 1.1 papunkčio detalizacija. Remiantis Specialiųjų sąlygų 1.1.1 papunkčio nuostatomis, pažymėtina, kad yra mokama draudimo išmoka dėl šeimos gydytojo ar gydytojų specialistų *mediciniškai pagrįstų* paslaugų. Specialiųjų sąlygų 1.1.3 papunktyje įtvirtinta, kad tuo atveju, jei apdraustajam kreipusis dėl pagrindinio susirgimo atliekamos gydytojo konsultacijos ar apžiūros metu yra nustatomi papildomi apdraustojo sveikatos pokyčiai ar susirgimai, nesusiję su pagrindiniu susirgimu, taip pat yra mokama draudimo išmoka dėl minėto papildomo apdraustojo sveikatos pokyčio ar susirgimo suteiktų į draudimo varianto „Ambulatorinis gydymas“ apimtį patenkančių medicinos paslaugų patirtos išlaidos.

Specialiųjų sąlygų 1.1.2 papunktyje nustatyta, kad draudimo išmoka yra mokama ir dėl tų apdraustajam suteiktų sveikatos priežiūros paslaugų, dėl kurių apdraustasis kreipėsi, turėdamas nusiskundimų, tačiau jam atlikus tyrimus sveikatos sutrikimas nebuvo nustatytas. Specialiųjų sąlygų 1.1.3 papunktyje nustatyta, kad draudimo išmoka taip pat yra mokama dėl apdraustojo lėtinės ligos stebėjimo suteiktų sveikatos priežiūros paslaugų. Remiantis Specialiųjų sąlygų 1.1.4 papunkčiu, pažymėtina, kad pagal draudimo varianto „Ambulatorinis gydymas“ sąlygas taip pat yra mokama draudimo išmoka dėl apdraustojo pooperacinės būklės stebėjimo (pagal poreikį skiriamų tyrimų, taikyto gydymo, pateiktų rekomendacijų).

Draudimo išmokos dėl (*duomenys neskelbtini*) diagnozavimo ir jų gydymo sąlygos, kuriomis remiasi pareiškėja, draudikui keldama reikalavimą mokėti draudimo išmoką, yra įtvirtintos Specialiųjų sąlygų 1.1.10 papunktyje. Minėtame Specialiųjų sąlygų papunktyje nustatyta, kad yra mokama draudimo išmoka dėl (*duomenys neskelbtini*), jei tai ne estetinis-kosmetinis gydymas.

Atsižvelgiant į Specialiųjų sąlygų 1.1.10 papunkčio sąlygos išraiškos būdą ir vietą Draudimo sutarties dalimi esančiose Specialiosiose sąlygose, pažymėtina, kad pagal Specialiųjų sąlygų 1.1.10 papunkčio formuluotę apdraustajai, kaip vartotojai, buvo aiškiai atskleista, kad odos darinių diagnozavimo ir gydymo išlaidos patenka į draudimo varianto „Ambulatorinis

⁵ Lietuvos Aukščiausiojo Teismo parengta „Vartotojų teisių apsauga vartojimo sutartinuose santykiuose: teisinio reguliavimo ir teismų praktikos apžvalga“, paskelbta biuletenyje „Teismų praktika“, Nr. 33, Lietuvos Aukščiausiojo Teismo 2006 m. gruodžio 29 d. nutartis, priimta civilinėje byloje Nr. 3K-3-689/2006.

gydymas" apimtį ir Specialiųjų sąlygų 1.1.10 papunkčio nuostatos turi būti aiškinamos kartu su kitomis Specialiųjų sąlygų 1.1 papunktyje įtvirtintą draudimo varianto „Ambulatorinis gydymas“ draudimo apsaugos apimtį apibrėžiančiomis nuostatomis.

Pažymėtina, kad nėra šalių ginčo, jog pareiškėjos patirtos (*duomenys neskelbtini*) diagnozavimo ir gydymo išlaidos yra priskirtinos pagal draudimo varianto „Ambulatorinis gydymas“ sąlygas mokamos draudimo išmokos pagrindu atlyginamoms medicinos paslaugų išlaidoms.

Todėl, remiantis Specialiųjų sąlygų 1.1 papunktyje nustatyta draudimo varianto „Ambulatorinis gydymas“ draudimo apsaugos apimtimi, darytina išvada, kad pagrindiniu įvykio pripažinimo pagal šios draudimo apsaugos sąlygas kriterijumi yra apdraustojo sveikatos būklės pakitimas⁶, dėl kurio apdraustasis kreipiasi į sveikatos priežiūros įstaigą dėl sveikatos priežiūros paslaugų suteikimo. Draudikas pagal Specialiųjų sąlygų 1.1 papunkčio nuostatas įsipareigojo išmokėti tik mediciniškai pagrįstos apdraustajam suteiktos konsultacijos dėl (*duomenys neskelbtini*), dėl kurių apdraustasis turi nusiskundimų, arba yra pastebėti (nustatyti) (*duomenys neskelbtini*) pakitimo požymiai, taip pat, kai yra kreipiamasi dėl sveikatos sutrikimo, susijusio su (*duomenys neskelbtini*), diagnozavimo ir gydymo, išlaidas, taip pat mediciniškai pagrįsto (*duomenys neskelbtini*) gydymo išlaidas atlyginančią draudimo išmoką.

Pažymėtina, kad Specialiųjų sąlygų 1.1 papunktyje nustatytos draudžiamojo įvykio pagal draudimo variantą „Ambulatorinis gydymas“ draudimo apsaugos sąlygos neprieštarauja Taisyklių 5.1 papunktyje pateiktam draudimo varianto „Ambulatorinis gydymas“ draudžiamojo įvykio apibrėžimui. Taisyklių 4.1 papunktyje įtvirtinta apdraustojo „sveikatos sutrikimo“ samprata iš esmės sutampa su Specialiosiose sąlygose pateiktu „sveikatos sutrikimo“, dėl kurio diagnostikos ir gydymo pagal draudimo varianto „Ambulatorinis gydymas“ draudimo apsaugos sąlygas yra mokama draudimo išmoka, apibrėžimu.

Todėl, remiantis Specialiųjų sąlygų 1.1.10 papunkčio sąlygų kartu su kitomis Specialiųjų sąlygų 1.1 papunkčio ir Taisyklių sąlygomis, apibrėžiančiomis draudimo apsaugos pagal draudžiamojo įvykio „Ambulatorinis gydymas“ draudimo apsaugos apimtį, sisteminiu aiškinimu, darytina išvada, kad draudimo išmoka dėl (*duomenys neskelbtini*) yra mokama tik tuo atveju, jei apdraustasis dėl minėto gydymo į sveikatos priežiūros įstaigą kreipiasi turėdamas nusiskundimų ir/ar esant medicininėms indikacijoms, dėl kurių yra būtinas (*duomenys neskelbtini*) gydymas. Specialiųjų sąlygų 1.1.10 papunktyje aiškiai nurodyta, kad apdraustojo (*duomenys neskelbtini*) gydymas estetiniais tikslais nepatenka į draudžiamojo įvykio „Ambulatorinis gydymas“ draudimo apsaugos apimtį.

Specialiųjų sąlygų sisteminis aiškinimas, sutampantis su Taisyklėse draudimo varianto „Ambulatorinis gydymas“ draudimo apsaugos apimtį apibrėžiančių sąlygų sisteminiu aiškinimu, patvirtina draudiko pateiktą Specialiųjų sąlygų 1.1.10 papunkčio sąlygų aiškinimą, kad draudimo išmoka yra mokama dėl apdraustojo (*duomenys neskelbtini*) pakitimų diagnostikos ir jo gydymo lazeriu. Taip pat draudikas pagrįstai nurodė, kad tuo atveju, jei medicinos dokumentai nepagrindžia, jog apdraustasis į sveikatos priežiūros įstaigą kreipėsi dėl pagal medicininės indikacijas galimo sveikatos sutrikimo, susijusio su (*duomenys neskelbtini*) pakitimais, diagnozavimo ir jo gydymo, tokio pobūdžio apdraustajam suteiktos medicinos paslaugos turi būti vertinamos, kaip estetiniais ir kosmetikos tikslais taikytas (*duomenys neskelbtini*) diagnozavimas ir gydymas.

2. Dėl pareiškėjos patirtų (*duomenys neskelbtini*) diagnostikos ir gydymo (*duomenys neskelbtini*) išlaidų atitikties Specialiųjų sąlygų 1.1.10 papunkčio sąlygoms

Vertinant pareiškėjos patirtų medicinos paslaugų išlaidų atitiktį Specialiųjų sąlygų 1.1.10 papunktyje įtvirtintoms draudimo apsaugos sąlygoms, pažymėtina, kad Aprašyme nurodyta, jog pareiškėja į sveikatos priežiūros įstaigą 2026 m. sausio 17 d. atvyko planine tvarka. Aprašyme pateiktoje Anamnezės skiltyje nurodyta: „pacientė atvyko konsultacijai dėl (*duomenys neskelbtini*)“.

Aprašyme nurodytos diagnozės: „(*duomenys neskelbtini*)“.

⁶ Apdraustojo sveikatos nusiskundimai, ligos paūmėjimas, trauma ar kita ūmi būklė.

2026 m. UAB „Affidea“ PVM sąskaitoje – faktūroje nurodyta, kad pareiškėja patyrė 15 Eur „pakartotinės (*duomenys neskelbtini*) konsultacijos dėl tos pačios priežasties 3 mėn. laikotarpyje arba gydytojui paskyrus“ išlaidas, taip pat patyrė 103,39 Eur „(*duomenys neskelbtini*)“, 63,22 Eur „(*duomenys neskelbtini*)“ (3 vnt. po 63,22 Eur išlaidas) 6,66 Eur „(*duomenys neskelbtini*)“ (daugiau kaip 5 vnt.) išlaidas.

Nagrinėjamu atveju pareiškėja neginčijo draudiko nurodytos draudimo išmokos, susijusios su Aprašyme nurodyta diagnoze: (*duomenys neskelbtini*), išmokėjimo⁷ aplinkybių. Šalių ginčas kyla dėl pareiškėjos patirtų (*duomenys neskelbtini*) išlaidų priskyrimo draudimo varianto „Ambulatorinis gydymas“ draudimo apsaugos sąlygoms ir Specialiųjų sąlygų 1.1.10 papunktyje nurodytoms draudimo apsaugos dėl (*duomenys neskelbtini*) diagnozavimo ir gydymo sąlygoms.

Pareiškėja nurodė, kad jai (*duomenys neskelbtini*) gydymas buvo taikytas dėl medicinos indikacijų, tačiau draudikas su tokiu vertinimu nesutiko. Draudikas nurodė, kad Aprašyme nebuvo pateikta duomenų, kad pareiškėja, kreipdamasi į sveikatos priežiūros įstaigą dėl (*duomenys neskelbtini*) įvertinimo ir galimo jų (*duomenys neskelbtini*), turėjo nusiskundimų dėl (*duomenys neskelbtini*) pakitimų. Draudikas pabrėžė, kad Aprašyme nebuvo nurodyta jokių aplinkybių apie (*duomenys neskelbtini*), (*duomenys neskelbtini*) didėjimą, taip pat nebuvo nurodyta, kad (*duomenys neskelbtini*). Objektvioje gydytojo būklės apžiūroje nėra nurodytos medicininės indikacijos (*duomenys neskelbtini*).

Pažymėtina, kad pareiškėja nei draudikui adresuotose pretenzijose, nei kreipimesi į Lietuvos banką nenurodė aplinkybių, kad jos kreipimosi į sveikatos priežiūros įstaigą priežastimi buvo (*duomenys neskelbtini*) pakitimų ar galimų sveikatos sutrikimų, susijusių su (*duomenys neskelbtini*), diagnozavimas ir gydymas. Priešingai, pareiškėja draudikui pateiktose pretenzijose nurodė, kad Specialiųjų sąlygų 1.1.10 papunktis nereikalauja (*duomenys neskelbtini*) gydymo, kaip įvykio pripažinimo draudžiamuoju pagal nurodytas sąlygas pagrindų. Todėl pareiškėjos nurodytos aplinkybės suteikia pagrindą spręsti, kad į sveikatos priežiūros įstaigą pareiškėja kreipėsi ne dėl (*duomenys neskelbtini*) medicininio įvertinimo ir galimo jų gydymo.

Pažymėtina, kad iš esmės vienintelė pareiškėjos nurodyta aplinkybė, kad jos patirtos (*duomenys neskelbtini*) atitinka Specialiųjų sąlygų 1.1.10 papunkčio sąlygas, buvo Aprašyme nurodyti duomenys, kad pareiškėja kreipėsi pagrįstai, todėl jai suteiktos medicinos paslaugos gali būti „apmokamos iš PSDF biudžeto lėšų bendra tvarka“. Minėti duomenys, pareiškėjos teigimu, patvirtina, kad į sveikatos priežiūros įstaigą pareiškėja kreipėsi ne dėl estetinio pobūdžio (*duomenys neskelbtini*) gydymo taikymo, tačiau, esant medicininėms indikacijoms.

Vertinant pareiškėjos nurodytas aplinkybes, pažymėtina, kad pareiškėjai suteiktų ambulatorinių medicinos paslaugų pobūdis turi būti vertinamas ne pagal teisės aktuose įtvirtintą sveikatos priežiūros paslaugų teisinį reglamentavimą, tačiau pagal Draudimo sutarties sąlygas. Todėl vien aplinkybė, kad apdraustajam buvo suteiktos teisiniame reglamentavime nustatytos ambulatorinės sveikatos priežiūros paslaugos, nepatvirtina draudimo varianto „Ambulatorinis gydymas“ draudžiamąjo įvykio sąlygų taikymo aplinkybių. Kiekvienu atveju apdraustajam suteiktų medicinos paslaugų pobūdis yra vertinamas pagal jam taikomoje Draudimo sutartyje įtvirtintas draudimo varianto „Ambulatorinis gydymas“ draudimo apsaugos sąlygas.

Kaip minėta, Taisyklių, kurios taikomos kartu su Specialiosiomis sąlygomis, 4.2 papunktis medicininės indikacijas apibrėžia, kaip apdraustojo jaučiamus medicininius simptomus, reikalaujančius apdraustojo būklės medicininio ištyrimo ir galimo gydymo taikymo. Todėl, remiantis Taisyklių 4.2 papunkčio sąlygomis ir vartojimo ginčo nagrinėjimui aktualių Taisyklių bei Specialiųjų sąlygų, apibrėžiančių draudimo apsaugos (*duomenys neskelbtini*) diagnostikos ir gydymo išlaidoms pagal draudimo variantą „Ambulatorinis gydymas“ taikymo sąlygas, nuostatomis, darytina išvada, kad (*duomenys neskelbtini*) medicininėmis indikacijomis pripažįstami apdraustojo nusiskundimai ir jaučiami sveikatos sutrikimo simptomai, dėl kurių yra reikalingi gydytojo paskirti tyrimai ir taikytinas gydymas.

Kaip minėta, remiantis Įvykiui pritaikytą Draudimo sutarties sąlygų sisteminiu aiškinimu, darytina išvada, kad tuo atveju, jei medicinos tyrimai ir taikomas (*duomenys neskelbtini*)

⁷ Ar jos dydžio nustatymo.

gydymas yra skiriamas, nesant apdraustojo medicininių indikacijų⁸, vertinama, kad (*duomenys neskelbtini*) gydymas buvo skirtas estetiniais – kosmetiniais tikslais.

Aprašymo duomenys patvirtina, kad pagrindinė pareiškėjos kreipimosi į sveikatos priežiūros įstaigą priežastis buvo jos sveikatos būklės po taikyto operacinio gydymo įvertinimas⁹. Nors, remiantis Specialiųjų sąlygų 1.1.3 papunkčio nuostatomis, draudimo išmoka yra mokama ir dėl su pagrindiniu apdraustojo susirgimu nesusijusių (papildomų) susirgimų patirtų medicinos paslaugų išlaidų, tačiau minėti apdraustojo sveikatos būklės pokyčiai turi būti susiję su konkrečiomis medicininėmis indikacijomis, kaip jos suprantamos pagal Taisyklių 4.2 papunkčio sąlygas. Pažymėtina, kad tikslas įvertinti kitų pareiškėjos (*duomenys neskelbtini*) būklę ne su sveikatos sutrikimu susijusiais tikslais negali būti vertinamas, kaip į Draudimo sutartyje nurodytą draudimo varianto „Ambulatorinis gydymas“ draudimo apsaugos apimtį patenkanti medicinos paslauga.

Pareiškėja, nesutikdama su draudiko vertinimu, kad jai diagnozuotų (*duomenys neskelbtini*), dėl kurių buvo taikytas gydymas (*duomenys neskelbtini*), pobūdis neatitinka draudimo varianto „Ambulatorinis gydymas“ draudžiamąjį įvykių sąlygų, taip pat nurodė, kad Specialiųjų sąlygų 1.1.10 papunktyje nustatyta, jog draudimo išmoka yra mokama dėl (*duomenys neskelbtini*) diagnostikos ir jo gydymo.

Vertinant šias pareiškėjos nurodytas aplinkybes, pažymėtina, kad draudikas nesirėmė duomenimis, kad draudimo išmoka yra nemokama dėl to, kad buvo nustatyti (*duomenys neskelbtini*). Draudikas nurodė, kad po minėtų (*duomenys neskelbtini*) ištyrimo nebuvo nustatyta (*duomenys neskelbtini*)¹⁰. Todėl, remiantis draudiko įvykiui pritaikytomis Draudimo sutarties sąlygomis, nėra pagrindo sutikti su pareiškėjos nurodytomis aplinkybėmis, kad draudikui kilo pareiga išmokėti pareiškėjai nustatytą (*duomenys neskelbtini*), nevertinant, jų galimų pakitimo (*duomenys neskelbtini*) požymių¹¹, diagnostikos ir gydymo išlaidas atlyginančios draudimo išmokos.

Be to, pažymėtina, kad pareiškėja iš esmės teigė, jog, siekiant apdraustojo (*duomenys neskelbtini*) diagnostiką ir gydymą pripažinti draudžiamuoju įvykiu pagal Specialiųjų sąlygų 1.1.10 papunkčio nuostatas, pakanka duomenų apie (*duomenys neskelbtini*), kuris nebuvo taikytas estetiniais tikslais. Tačiau, kaip minėta, Specialiųjų sąlygų sisteminis aiškinimas ir Specialiosiose sąlygose įtvirtinta draudimo varianto „Ambulatorinis gydymas“ draudimo apsaugos sąlygų lingvistinė formuluotė patvirtina, kad draudimo išmoka yra mokama tik dėl tų (*duomenys neskelbtini*) diagnostikos ir gydymo, kurie gali būti susiję su apdraustojo sveikatos sutrikimu ir dėl kurių galimų pakitimų įvertinimo apdraustasis kreipėsi į sveikatos priežiūros įstaigą. Todėl, remiantis nurodytomis Draudimo sutarties sąlygomis, nėra pagrindo sutikti su pareiškėjos teiginiais, kad net ir nepakitusių (*duomenys neskelbtini*) gydymas (*duomenys neskelbtini*) patenka į pagal Specialiųjų sąlygų 1.1.10 papunkčio sąlygas teikiamos draudimo apsaugos apimtį.

Vertinant Lietuvos bankui pateiktame Aprašyme nurodytas aplinkybes, pažymėtina, kad minėto medicinos dokumento duomenys patvirtina, kad be pareiškėjos būklės po jai taikyto operacinio gydymo įvertinimo, taip pat pareiškėjos vizito sveikatos priežiūros įstaigoje metu jai buvo atliekamas (*duomenys neskelbtini*)¹² ištyrimas. Aprašyme nurodyta, kad tyrimo metu buvo nustatyti (*duomenys neskelbtini*).

Aprašyme taip pat nurodyta, kad pareiškėjai buvo nustatyta (*duomenys neskelbtini*). Taip pat Aprašyme nurodyta, kad pareiškėjai atlikto tyrimo metu buvo nustatytos (*duomenys neskelbtini*).

Draudikas, siekdamas pagrįsti nurodytas aplinkybes, kad Aprašyme pateiktas pareiškėjos odos darinių diagnostikos duomenų vertinimas nepatvirtino (*duomenys neskelbtini*), rėmėsi sveikatos draudimo eksperto parengtais ekspertiniais paaiškinimais apie (*duomenys neskelbtini*).

⁸ Pvz., nesant apdraustojo nusiskundimų, sveikatos būklės pasikeitimo, vertinama, kad odos darinių gydymas buvo skirtas estetiniais – kosmetiniais tikslais.

⁹ Pažymėtina, pooperacinės būklės įvertinimo išlaidos atitinka ne tik Aprašyme nurodyto pareiškėjos pagrįsto kreipimosi į sveikatos priežiūros įstaigą (vertinant, kad tokios paslaugos „teikiamos ir apmokamos iš PSDF lėšų bendra tvarka“) sąlygas, tačiau, kaip minėta, jos taip pat patenka ir pagal Specialiųjų sąlygų 1.1.4 papunktį kompensuotinų išlaidų apimtį.

¹⁰ Nebuvo nustatyta (*duomenys neskelbtini*).

¹¹ Taip pat, neatsižvelgiant į tai, kad po (*duomenys neskelbtini*) patikros nebuvo nustatyti jų pakitimai, reikalaujantys galimo sveikatos sutrikimo gydymo.

¹² T. y. (*duomenys neskelbtini*), nesusijusių su (*duomenys neskelbtini*), dėl kurių jai buvo taikytas chirurginis gydymas.

Sveikatos draudimo ekspertas, vertindamas pareiškėjai atlikto (*duomenys neskelbtini*) tyrimo duomenis, nustatė, kad minėto tyrimo išvadų aprašyme yra nurodyta, jog (*duomenys neskelbtini*) yra be specifinių (*duomenys neskelbtini*) požymių. Sveikatos draudimo ekspertas nurodė, kad, remiantis Aprašymo duomenimis, buvo nustatyta, jog (*duomenys neskelbtini*) patvirtino be (*duomenys neskelbtini*) nustatymą. Aprašyme nebuvo pateikta jokių duomenų apie galimas medicinines indikacijas (*duomenys neskelbtini*). Priešingai, (*duomenys neskelbtini*) apžiūros duomenys patvirtino, kad (*duomenys neskelbtini*).

Sveikatos draudimo ekspertas konstatavo, kad Aprašymo duomenys patvirtino, jog šiame medicinos dokumente nebuvo aprašoma (*duomenys neskelbtini*)".

Sveikatos draudimo ekspertas taip pat nurodė, kad vien pareiškėjai nustatytų (*duomenys neskelbtini*) diagnozės nurodymas nepatvirtina Specialiųjų sąlygų 1.1.10 papunktyje įtvirtintų draudžiamojo įvykio sąlygų. Sveikatos draudimo ekspertas pabrėžė, kad (*duomenys neskelbtini*) Aprašyme nurodymas nepagrindžia aplinkybės, jog pareiškėja į sveikatos priežiūros įstaigą kreipėsi dėl ūmios būklės ar lėtinės ligos paūmėjimo požymių nustatymo. Ekspertiniuose paaiškinimuose taip pat nurodyta, kad Aprašyme nebuvo įtvirtinta duomenų apie (*duomenys neskelbtini*) pokytį.

Pažymėtina, kad sveikatos draudimo eksperto pareiškėjai pateiktų ekspertinių paaiškinimų apie Aprašyme nurodytų pareiškėjai diagnozuotų (*duomenys neskelbtini*) pobūdį ir jų diagnostikos ir gydymo atitiktį Specialiųjų sąlygų 1.1.10 papunktyje nustatytoms draudžiamojo įvykio sąlygoms duomenys patvirtina, kad ekspertas vertino, jog Įvykio administravimo metu pateiktame medicinos dokumente nebuvo nurodyta draudimo išmokos mokėjimo pagrindų.

Draudikas, vadovaudamasis sveikatos draudimo eksperto Aprašyme pateiktų medicinos duomenų vertinimu, atsiliepiame į pareiškėjos kreipimąsi taip pat nurodė, kad medicinos dokumente nebuvo fiksuota jokių pareiškėjos „nusiskundimų, susijusių su būtent vizito metu šalintais (*duomenys neskelbtini*)“.

Draudikas pabrėžė, kad pareiškėjai „taikytas (*duomenys neskelbtini*)“. Draudikas, pareikdamas paaiškinimus dėl pareiškėjos teiginių, kad (*duomenys neskelbtini*) gydymo medicinines indikacijas patvirtina duomenys apie pareiškėjai pateiktas (*duomenys neskelbtini*), nurodė, kad „vien tik (*duomenys neskelbtini*)“.

Vertinant ginčo šalių nurodytas aplinkybes, kuriomis jos remiasi, kaip savo reikalavimų ir atsikirtimų pagrindų, pažymėtina, kad draudimo sutartinių teisinių santykių reglamentavimas¹³ ir kasacinio teismo suformuota šio reglamentavimo aiškinimo praktika, nustato, kad draudėjui ir (arba) apdraustajam kyla pareiga draudikui pateikti visus turimus dokumentus ir informaciją apie draudžiamojo įvykio aplinkybes ir pasekmes. Kilus šalių ginčui dėl pirmiau nurodytų aplinkybių, lėmusių draudiko atsisakymą mokėti draudimo išmoką, draudikas turi pareigą pateikti duomenis, pagrindžiančius jo sprendimą nemokėti draudimo išmokos, o kiti draudimo santykių dalyviai, juos ginčydami, privalo pateikti jų argumentus ir nurodomas aplinkybes patvirtinančius įrodymus¹⁴.

Draudikas Draudimo sutartimi apsibrėžė draudimo apsaugos ribas, nustatydamas draudimo apsaugos tik pagal medicinines indikacijas apdraustajam taikyto (*duomenys neskelbtini*) diagnozavimo ir gydymo (*duomenys neskelbtini*) sąlygas. Draudikas sprendimą, kad Įvykio požymiai neatitinka pagal Draudimo sutarties sąlygas (*duomenys neskelbtini*) taikyto odos darinių gydymo lazeriu draudimo apsaugos sąlygų, pagrindė sveikatos draudimo eksperto parengtų ekspertinių paaiškinimų pagrindu parengtu pareiškėjos patirtų medicinos paslaugų išlaidų atitikties Specialiųjų sąlygų 1.1.10 papunkčio sąlygoms vertinimu.

Draudimo įstatymo 98 straipsnio nuostatos, įpareigojančios draudiką tirti ir vertinti įvykio, kuris gali būti pripažintas draudžiamuoju, aplinkybes, šių aplinkybių tyrimo pagrindu priimti sprendimą dėl draudimo išmokos mokėjimo ir draudėjui (apdraustajam, naudos gavėjui) išmokėti draudimo išmoką, įvykus draudžiamajam įvykiui, lemia draudiko pareigą turėti kvalifikuotus darbuotojus, kurie yra kompetentingi įvertinti įvykusio įvykio atitiktį draudimo sutartyje nustatytiems draudžiamojo ir nedraudžiamojo įvykio požymiams.

Pareiškėjos teiginiai, kad jai (*duomenys neskelbtini*) gydymas buvo skirtas pagal medicinines indikacijas, nenuginčija draudiko pateikto (*duomenys neskelbtini*) tyrimo pagrindu parengto vertinimo, kad (*duomenys neskelbtini*) diagnostikos metu (*duomenys neskelbtini*)

¹³ Draudimo įstatymo 98 straipsnio nuostatos.

¹⁴ Lietuvos Aukščiausiasis Teismas 2017 m. kovo 8 d. nutartis, priimta civilinėje byloje Nr. e3K-3-117-686/2017.

pakitimai nebuvo nustatyti ir kad jų šalinimas pareiškėjai buvo skirtas estetiniams, o ne mediciniškai pagrįstais tikslais.

Papildomai pažymėtina, kad sveikatos draudimo ekspertas pateiktuose paaiškinimuose apie medicinos dokumentų duomenų vertinimą buvo nurodęs, kad, „jeigu ateityje būtų pateikti papildomi medicininiai dokumentai, aiškiai pagrindžiantys (*duomenys neskelbtini*) pasikeitimą, medicininę būtinybę (*duomenys neskelbtini*), sprendimas galėtų būti vertinamas iš naujo pagal galiojančias draudimo sąlygas“.

Apibendrinant Lietuvos banko nustatytas ginčo aplinkybes ir vadovaujantis Draudimo įstatymo 98 straipsnio 1–3 dalyse įtvirtintomis draudimo sutarties šalių pareigomis įvykus įvykiui, taip pat kasacinio teismo suformuota minėtų teisinių santykių, kilus civilinio pobūdžio ginčui, aiškinimo ir taikymo praktika, pažymėtina, kad draudikas įrodymais pagrindė sprendimą atsisakyti mokėti draudimo išmoką. Pareiškėja, ginčydama draudiko sprendimą, nepateikė įrodymų, kad jai taikytas (*duomenys neskelbtini*) gydymas lazeriu buvo skirtas pagal medicininės indikacijas ir Lietuvos bankui pateikti duomenys paneigė pareiškėjos teiginius dėl medicininių indikacijų pagrindu pareiškėjai skirto (*duomenys neskelbtini*) gydymo. Todėl pareiškėjos draudikui keliamas reikalavimas pagal Draudimo sutarties sąlygas dėl įvykio išmokėti draudimo išmoką yra atmestinas, kaip nepagrįstas.

Tuo atveju, jei pareiškėja draudikui pateiktų papildomus medicinos dokumentus, patvirtinančius jos teiginius, kad (*duomenys neskelbtini*) gydymas jai buvo skirtas dėl medicininių indikacijų ir nuginčijančius draudiko ekspertinį vertinimą, kad sveikatos priežiūros įstaigoje pareiškėjai atlikto (*duomenys neskelbtini*) tyrimo metu nebuvo nustatyta (*duomenys neskelbtini*) pakitimų, kaip nurodyta ekspertiniuose paaiškinimuose, kuriais remiasi draudikas, draudikui kiltų pareiga iš naujo vertinti pareiškėjos pateiktų medicinos dokumentų duomenų atitiktį Specialiųjų sąlygų 1.1.10 papunkčio sąlygoms.

Remdamasis tuo, kas išdėstyta, ir vadovaudamasis 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