

РЕШЕНИЕ

№ 807

гр. София, 03.06.2022 г.

В ИМЕТО НА НАРОДА

АПЕЛАТИВЕН СЪД - СОФИЯ, 10-ТИ ГРАЖДАНСКИ, в публично заседание на двадесети май през две хиляди двадесет и втора година в следния състав:

Председател: Цветко Лазаров

Членове: Ралица Димитрова
Нина Стойчева

при участието на секретаря Росица Й. Вьонг
като разгледа докладваното от Ралица Димитрова Въззивно гражданско дело
№ 20211000503009 по описа за 2021 година

Производството е образувано по въззивна жалба на С. К. Ж. срещу решение № 260962/ 10.02.2021г. на СГС, ГО, 9 състав, постановено по гр.д. № 14361/17г. , с което са отхвърлени предявените от него искове с правно основание чл.242, ал.1 от КЗ/отм/ и чл.134 от ЗЗД във вр. с чл199а от КЗ/отм/.

Жалбоподателят поддържа, че не е доволен от обжалваното първоинстанционно решение. То е постановено в нарушение на материалния закон, процесуалните правила и е необосновано. Съдът е приел, че е налице правоизключващото условие на чл.10 от ОУ на сключената застраховка, а именно, че е съществувало заболяване преди сключване на застрахователния договор и то е изключен риск. Прието е, че той неправилно е подал декларация, че е бил здрав, а в действителност не е. Този извод, не се подкрепя от доказателствата по делото. Сочи, че е сключил договор за банков кредит на 11.03.2014г. Хроничната бъбречна недостатъчност е призната на по-късен етап-09.03.2017г., когато му е дадена 100% загуба на работоспособността. Към месец март 2014г. такова заболяване не е съществувало. Не е било налице предварително съществуващо заболяване, страдание и физическо състояние, както неговото усложнение и рецидиви, за

което застрахованото лице е получило медицинско консултиране в две годишен период преди влизането в сила на застраховката. Ответниците не са доказали, че има изключен риск. Неправилен е изводът на СГС, че не е обявил точно и изчерпателно съществени обстоятелства, които са му известни и са от значение за риска. Такива не са му били известни към момента на сключването на застраховката. Лекувал се е от застойна сърдечна недостатъчност, но не и от заболяване на бъбреците.

Затова моли съда да отмени атакуваното решение и да постанови друго, с което да уважи предявените иски.

В депозиран писмен отговор и в съдебно заседание чрез процесуалния си представител „Кардиф Животозастраховане“ АД чрез „Кардиф Животозастраховане, клон България“ КЧТ и „Кардиф – Общо застраховане“ АД чрез „Кардиф- Общо застраховане, Клон България“ КЧТ оспорва жалбата. Счита я за неоснователна. Претендира разноски.

Уникредит Булбанк“ АД не взема становище по жалбата.

СГС е сезиран с иски по чл.242, ал.1 от КЗ/отм./ и по чл.134 , ал.1 от ЗЗД във вр. с чл.199а от КЗ/отм./. В исковата молба ищецът С.Ж. твърди, че е сключил с „Уникредит Булбанк“ АД договор за ипотечен кредит № 472/0486/26408636/11.03.2014г. Във връзка с него е сключена застраховка „Кредитна протекция“ на кредитополучателите на „Уникредит Булбанк“ АД по ипотечни кредити, по който той е застраховано лице. Застраховката е сключена при ответниците. Ищецът редовно е изплащал вноските по кредита по погасителния план и застрахователните премии. С ЕР на ТЕЛК № 0959/07.04.2015г. му е призната 94% трайно намалена работоспособност без чужда помощ с дата на инвалидизацията 06.11.2014г. Уведомил е застрахователите за този факт, но те са постановили отказ да изплатят застрахователно обезщетение, тъй като трайната намалена работоспособност се е дължала на предварително съществуващо заболяване, страдание или физическо състояние, за което застрахованото лице било получило медицинска консултиране , диагностициране или лечение в двегодишен период преди датата на усвояване на кредита, както и поради това, че при сключването на застраховката не е декларирил наличието на здравословен проблем. Въпреки отказа С. Ж. е продължил да изплаща вноските по кредита като е погасил значителна част от него и оставащата за изплащане сума е в

размер на 10 000лв. Тъй като продължава да остава за изплащане немалка част от задължението, то той има правен интерес от реално изпълнение на задължението на ответниците в полза на банката като ползващо се по застраховката лице. Банката бездейства и не претендира по съдебен ред дължимата застрахователна сума. Ищецът сочи, че липсва клауза между страните, според която застрахователят се освобождава от задължението си да плати обезщетение, щом намалената работоспособност е в резултат на предварително съществуващо заболяване, страдание или физическо състояние, за което застрахованото лице е получило медицинско консултиране, диагностициране или лечение в двегодишен период преди усвояване на кредита. Той не е страдал от инвалидизиращо заболяване-застойна сърдечна недостатъчност преди влизане в сила на застрахователния договор и в този смисъл не е получавал консултиране, диагностициране или лечение от такова заболяване преди датата на влизане в сила на застраховката. Счита, че не е налице основание за освобождаване на застрахователите от задължението им да изплатят застрахователно обезщетение. Навежда довод за нищожност на чл.10 от ОУ към груповия застрахователен договор поради противоречие с добрите нрави, както и поради противоречие на чл.143 от ЗЗП. Счита, че е декларирал добросъвестно всичко, което му е било известно относно здравословното му състояние като застрахователят е могъл да го задължи да премине на предварителни медицински изследвания. Затова моли съда да осъди ответниците да му заплатят солидарно сумата от 43 671, 08лв., представляваща платените от него месечни анюитетни вноски по договора за кредит с „Уникредит Булбанк“ АД след настъпване на застрахователното събитие до завеждане на исковата молба. При условията евентуалност да осъди ответниците да му заплатят разделно по 21 835, 54лв. При условията на евентуалност моли съда да осъди ответниците да заплатят 43 671, 08 лв. на „Уникредит Булбанк“ АД, посочена от СГС в размер на 10 000 лв. като оставаща непогасена част от дълга. Да осъди ответниците да му заплатят законната лихва върху претендираната сума, считано от подаване на исковата молба до окончателното ѝ изплащане.

Като съищец по делото е конституирана „Уникредит Булбанк“ АД по иска с правно основание чл.134 от ЗЗД във вр. с чл.199а от КЗ/отм/. В депозирано писмено становище банката е заявила, че предявените искове са

допустими. Не оспорва, че с ответниците е сключена Групова застраховка „Кредитна протекция“ от 24.10.2007г. Кредитополучателят има правен интерес и активна процесуална легитимация да предяви иск срещу застрахователя в защита на имуществените права на банката. Счита, че са налице предпоставките на чл.134 от ЗЗД. Сочи, че е налице покрит риск, за да бъде заплатено застрахователно обезщетение на бенефициера- банката. Изразява становище за основателност на предявения иск, тъй като не е доказано, че преди датата на сключване на договора за кредит, респективно преди приемане застрахованото лице е имало знание за здравословния си статус и заболявания, които са в изключените рискове. Настъпил е покрит застрахователен риск, поради което следва да се допусне принудително изпълнение на насрещното правно задължение на застрахователя- заплащане на застрахователно обезщетение в полза на банката. Излага съждения за това какво обезпечава сключеният Договор за групов застраховка. Не оспорва, че ищецът Ж. е сключил договор за кредит, но има и качеството на застрахован по този договор. Счита, че искът по чл.134 от ЗЗД следва да се уважи в полза на банката.

В депозиран писмен отговор в срока по чл.131 ответниците считат исковите за допустими, но неоснователни. Не оспорват, че между тях и С. Ж. е имало сключена застраховка „Кредитна протекция“, Пакет А по договор за кредит с „Уникредит Булбанк“ АД от 11.03.2014г. Застраховката е сключена на основание чл.199а от КЗ/отм/ като ищецът се е присъединил към Групов застрахователен договор № 2/2007г. за застраховка „Кредитна протекция“ на кредитополучателите на „Уникредит Булбанк“ АД. С подписване на декларация за приемане на застраховането и ОУ на застраховката се е присъединил към него. На 22.04.2015г. са били уведомени за издаденото ЕР на ТЕЛК № 0959/050/07.04.2015г. , с което е установена трайно намалена работоспособност на ищеца. След извършена преценка са отказали да заплатят застрахователно обезщетение. Ответниците се позовават на чл.10 от ОУ по сключената застраховка и считат, че е налице изключен риск, поради което не дължат изпълнение по застрахователния договор. Позовават се на чл.189, ал.4 от КЗ/отм/ и считат, че ищецът е премълчал обстоятелства от значение за риска. Поддържат, че чл.10 от ОУ не е нищожен поради противоречие с добрите нрави, тъй като застраховка „Кредитна протекция“ е сключена при условията на чл.199а от КЗ/отм/ и не е нищожна като

неравноправна. Считат иска за недоказан по размер.

Прието за безспорно между страните е, че ответниците са застрахователи по застраховка, сключена за обезпечение на договор за кредит, по който ищецът е длъжник, както и че са били уведомени за настъпването на застрахователно събитие, но са отказали плащане.

Не се оспорва, че С. Ж. и „Уникредит Булбанк“ АД са сключили договор за банков ипотечен кредит на физическо лице на 11.03.2014г. за сумата от 49 870лв. Крайният срок на погасяването му е 11.03.2024г. Като съдлъжници са подписали договора Д. Ж. и К. Ж.. Неразделна част от него е погасителен план.

Безспорно е, а и видно от сертификат за застраховка „Кредитна протекция“, Пакет А № 472/0486/26408636/19.03.2014г. е, че С.Ж. е бил застрахован за рисковете „Смърт“ и „Трайно намалена или загуба на работоспособност“ при ответниците „Кардиф- Животозастраховане, клон България“ КЧТ и „Кардиф – Общо застраховане, Клон България“ КЧТ. С декларация той е приел Общите условия по застраховката, декларирал е здравословното си състояние към 19.03.2014г.

Не се спори, че на 22.04.2015г. ищецът е уведомил застрахователите за настъпило застрахователно събитие като е представил ЕР на ТЕЛК № 0959/050/07.04.2015г. С него е приета 94% трайно намалена работоспособност без чужда помощ с водеща диагноза застойна сърдечна недостатъчност.

Не се оспорва, че застрахователите са отказали изплащане на застрахователно обезщетение.

Във връзка с направеното правоизключващо възражение в отговора на исковата молба и за направения отказ от изпълнение по застрахователния договор ответниците са представили и са приети по делото писмени доказателства, отнасящи се до здравословното състояние на ищеца: етапни епикризи, епикриза, копие от лична амбулаторна карта на С. Ж., заявление – декларация за представяне на ТЕЛК, изходяща от него, рецептурна книжка, амбулаторен лист, протокол на медицинска комисия, справки от НЗОК-РЗОК- Стара Загора.

По отношение на медицинските документи, приложени към отговора на

исквата молба ищецът е направил оспорване относно тяхната истинност-съдържание, автентичност. В молбата от 12.11.2018г. оспорените писмени доказателства са конкретизирани. Оспорените етапни епикризи, с изключение на част „Анамнеза“ са официални документи, поради което на основание чл.193, ал.3 от ГПК тежестта за доказване на неистинността им е за ищеца като той не е ангажирал доказателства в тази насока. Декларацията за приемане на застраховането и декларация за здравословно състояние, жалбата на ищеца от 03.06.2015г., личната амбулаторна карта са частни свидетелстващи документи, изходящи от ищеца и носещи неговия подпис, поради което на основание чл.193, ал.3 от ГПК негова е доказателствената тежест да установи, че те не са автентични. Доказателства не са ангажирани.

Оспореното писмо № 1982/09.06.2015г. е частен документ изходящ от ответниците, в който се съдържа отговор на жалбата, изходяща от С. Ж. с вх. № 8687/03.06.2015г. То е истински документ, доколкото в него се съдържа индивидуализирането на документ, изходящ от ищеца. Установено е, че той изхожда от лицата, които са го подписали като служители на двете застрахователни дружества. Не се установи, че писмо с изх. № ВЛ-БЛ-117/02.02.2018г. е неистински документ.

В съдебно заседание е извършена констатация по представени писмени документи в копие и оригинали, представени от ответниците, съдържащи се от л.43 до л.74 включително и е установена идентичност между тях.

Поради изложеното следва да се приеме, че направеното оспорване не е доказано и оспорените документи са истински и следва да бъдат взети предвид като доказателства, въз основа на които да се постанови съдебния акт по същество на спора.

По делото е допусната счетоводна експертиза- основна и допълнителна, за размера на отпуснатия кредит – главница, договорна лихва, такси. Ищецът е внесъл застрахователни премии в размер на 635, 12 лв. за периода 29.04.2014г. до 29.03.2018г. За периода 30.04.2014г. до 24.04.2018г. кредитополучателят дължи на банката 57 602, 46 лв. според погасителния план. Ищецът е погасил главница от 49 889, 41 лв., договорна лихва от 6 970, 76лв., такса за администриране на кредита от 473, 77 лв., договорна лихва върху просрочена главница от 0,08лв., наказателна лихва при просрочие на

главницата от 14,11лв. и просрочие на периодична такса в размер на 0, 13лв. Общо погасеното е 57 616, 88 лв. Последното погасяване е станало на 25.04.2018г. За периода от 06.11.2014г. до 01.04.2017г. ищецът е погасил сума от 43 671, 08лв. Остатъчната стойност по кредита, считано от 01.04.2017г. до 06.11.2017г. е 963, 42лв., а от 01.04.2017г. до изготвяне на експертизата е 9 695, 61лв. Вещото лице е дало платеното по кредита от ищеца за периода от 09.03.2017г. до 06.11.2017г. -1101, 26 лв. В допълнителното заключение е посочило сумите, платени от ищеца за различни периоди от време. В съдебно заседание вещото лице е допълнило заключението си.

Съдът възприема заключението като компетентно, обективно, обосновано и безпристрастно.

По делото е допусната комплексна медицинска експертиза, изготвена от вещи лица, специалисти по вътрешни болести и нефрология и вътрешни болести и кардиология. Според нея кардиологичното заболяване хипертония, исхемична кардиомиопатия, хронична сърдечно-съдова недостатъчност са от преди 11.03.2014г. Комбинацията от предхождащи заболявания артериална хипертония и исхемична болест на сърцето са довели до исхемична кардиомиопатия и хронична сърдечна недостатъчност. Артериалната хипертония е довела до исхемична болест на сърцето. В резултат от нея се е развила исхемична кардиомиопатия с последваща хронична сърдечно – съдова недостатъчност. Една година преди сключване на застрахователния договор ищецът е страдал от хронична бъбречна недостатъчност 1ва ст. и други заболявания, описани в епикриза 11116/26.04.2013г. При издаването на ЕР на ТЕЛК от 07.04.2015г. бъбречната недостатъчност е прогресирала до тежка степен с вторична анемия. При издаване на ЕР на ТЕЛК от 09.03.2017г. бъбречната недостатъчност е прогресирала до терминален стадий, налагащ органозаместващо лечение. Вещите лица са посочило връзката между другите заболявания на ищеца и развитата се бъбречна недостатъчност. Посочили са медикаментите, с които е лекуван, както и други връзки и зависимости между бъбречната недостатъчност и сърдечно- съдовата недостатъчност.

Съдът възприема заключението като компетентно, обосновано и основаващо се на правилата в медицината и професионалния опит на експертите.

СГС е отхвърлил исковете изцяло.

Пред настоящата инстанция са представени от жалбоподателя писмени документи.

При така установената фактическа обстановка от правна страна съдът приема, че предмет на въззивно разглеждане са субективно и обективно съединени искове по чл.242, ал.1 от КЗ/отм/ и чл.134 от ЗЗД във вр. с чл.199а от КЗ/отм/.

Въззивният съд се произнася служебно по валидността на първоинстанционното решение, по допустимостта в обжалваната част, а по отношение на правилността му е обвързан от посоченото в жалбата-чл.269 от ГПК, с изключение на допуснато нарушение на императивна материалноправна норма.

Обжалвания съдебен акт е валиден и допустим.

По правилността му.

По иска с правно основание чл.242, ал.1 от КЗ/отм/.

Активно легитимиран да предяви този иск е физическо лице, когато е била сключена застраховка „Живот“ или „Злополука“, в случая „Кредитна претенция“, в полза на кредитор като обезпечение на негово задължение. Законът поставя като изискване физическото лице да не е страна по застрахователния договор, но да е платило задължението при настъпило застрахователно събитие. Предпоставките, при които възниква правото на иск срещу застрахователя са: 1. физическо лице- кредитополучател/длъжник, 2. сключена застраховка като обезпечение на негово задължение, 3. Настъпило застрахователно събитие и 4. плащане на задължението при настъпило застрахователно събитие. Тези предпоставки подлежат на доказване от ищеца, доколкото от наличието им той черпи за себе си благоприятни правни последици- чл.154 от ГПК. Недоказването им налага за съда да приеме, че те не са се осъществили.

Пасивно легитимиран да отговаря по тази претенция е застрахователят, които има задължението да заплати застрахователно обезщетение при настъпване на застрахован риск, но е отказал да изпълни това свое задължение. Той може да се брани чрез всички възражения, произтичащи от застрахователния договор.

Няма спор, че между „Уникредит Булбанк“ АД и ответниците в спора е сключен Групов застрахователен договор по застраховка „Кредитна протекция“ № 2/2007г. Той урежда покритите рискове в срока на всяко индивидуално застрахователно покритие-чл.5 от договора. Предмет на застраховката е нематериално благо, какъвто са животът и работоспособността на застрахования. Такъв вид застраховка може да бъде сключена в полза на кредитор- чл.199а, ал.1 от КЗ/отм/. В този случай тя служи като обезпечение за негово вземане, което има срещу кредитополучателя, ако настъпи застрахователно събитие. Респективно тя обезпечава задължението на длъжника. Тогава застрахователят отговоря пред кредитора до размера на непогасената част от задължението. Не се спори, че въззивникът е декларирал писменото си съгласие за присъединяване към застраховка „Кредитна протекция“, Пакет А. Последната е сключена при общи условия, каквото е императивното изискване на чл.199а, ал.3 от КЗ/отм/ като застрахователят му е издал предвидения в ал.5 на горната разпоредба сертификат. Когато настъпи застрахователно събитие, за което застрахователят е бил уведомен, се активира действието на застраховката и възниква задължението му по отношение на кредитора да изпълни вместо длъжника. Обема на задължението му е за главницата, лихвите и разноските към датата на настъпване на застрахователното събитие. В този случай кредитополучателят, който се е застраховал срещу определени рискове или наследниците на застрахования по групова застраховка имат правен интерес и активна материална и процесуална легитимация да предяви иск против застрахователя в защита на свое имуществено право, а именно да му заплати това, което е престирил на своя кредитор въпреки настъпилото застрахователно събитие. Ищецът е застрахован за рискове: „Смърт“ настъпила в следствие на злополука или заболяване, „Трайно намалена или загубена работоспособност“ в резултат на злополука или заболяване, „Временна неработоспособност“ в резултат на злополука или заболяване, Временна неработоспособност“ в резултат на злополука с болничен престой над 7 дни. В случая той се позовава на настъпил риск трайно намалена работоспособност като в тази връзка е представил ЕР на ТЕЛК от 07.04.2015г., което я установява. В него е прието, че трайната намалена работоспособност е 94% без чужда помощ с водещо заболяване застойна сърдечна недостатъчност. В този официален документ по смисъла на чл.179

от ГПК са посочени и други общи заболявания, мотивирали компетентния орган да определи обема на неработоспособността. Не се спори, че на 22.04.2015г. застрахователите са били уведомени от застрахования С. Ж. за настъпило застрахователно събитие, а именно трайно намалена работоспособност. Те са отказали да платят застрахователно обезщетение. В процеса ответниците са направили правоизключващи възражения като са се позовали на чл.10 от ОУ и на чл.189, ал.4 от КЗ/отм/. Не е спорно, че въззивникът и застрахователите са обвързани от Общи условия, които първият е приел, поради което те се прилагат по индивидуалното застрахователно правоотношение. Съгласно чл.10 от тях застрахователят има право да откаже да плати застрахователно обезщетение на застрахования, ако застрахователното събитие е резултат от предварително съществуващо заболяване, страдание или физическо състояние, както и неговите усложнения и рецидиви, за което застрахованото лице е получило медицинско консултиране, диагностициране или лечение в двугодишен период преди влизането в сила на застраховката. Това изключение от застрахователното покритие е факт, от който застрахователят черпи за себе си благоприятни правни последици, поради което негова е доказателствената тежест да установи с всички относими и допустими доказателствени средства, че се е осъществило такова. В тази връзка е допусната медицинска експертиза, според която сърдечно съдовата недостатъчност при ищеца се дължи на съществуващи преди сключването на индивидуалния застрахователен договор заболявания, имащи хроничен характер. Преди 11.03.2014г. , респективно 19.03.2014г. той е имал артериална хипертония довела до исхемична болест на сърцето, в резултат на което се е развила исхемична кардиомиопатия с последвала хронична сърдечно – съдова недостатъчност. При ищеца се е развила бъбречна недостатъчност, която към 07.04.2015г. е била в тежка степен с вторична анемия, а към 09.03.2017г. е достигнала до терминален стадий, налагащ органозаместващо лечение. Тя се дължи на неблагоприятното действие върху бъбреците на бъбречна поликистоза, артериалната хипертония, подагрозната нефропатия и в по- късен етап на диабета. Ответниците са представили и писмени доказателства, установяващи наличието на хронични заболявания на ищеца към момента на сключване на индивидуалната застраховка „Кредитна протекция“, Пакет А- 19.03.2014г. За да се приложи чл.10 от ОУ е необходимо застрахованият да

е получил медицинско консултиране, диагностициране или лечение в двугодишен период преди влизане в сила на застраховката. От доказателствата по делото се установява, че застойна сърдечна недостатъчност е диагностицирана при ищеца още през 2013г., като той е бил приет за лечение с такава диагноза за времето от 13.05.2013г. до 17.05.2013г., т.е. в двугодишния период преди влизане в сила на индивидуалното застрахователно правоотношение по застраховка „Кредитна протекция“. Ищецът е имал медицинско консултиране, диагностициране и лечение за водещото заболяване за определената трайна неработоспособност през 2015г.

Хроничната сърдечно – съдова недостатъчност е във връзка със съществуваща във времето преди сключване на застрахователния договор от С. Ж. артериална хипертония, довела до исхемична болест на сърцето, развилата се в последствие исхемична кардиомиопатия с последваща хронична сърдечно- съдова недостатъчност.

Неоснователно е възражението на ищеца за нищожност на чл.10 от ОУ поради противоречие с добрите нрави и като неравноправна.

Разпоредбата на чл.26, ал.1 от ЗЗД, която по характер е императивна материалноправна норма, прогласява за нищожни всички договори, противоречащи на добрите нрави. Те са неписани морални правила, на които законодателят е придал особена важност и правно значение като част от обществените отношения и ги е прогласил като основание за нищожност на договорите, когато те са в противоречие с тях. Установяването на изключени рискове не им противоречи, доколкото страните са свободни да договорят такива в полза на едната страна по застрахователното правоотношение. Това не е противно на неписаните морални критерии, установени в обществото.

Разпоредбата на чл.10 от ОУ не е неравноправна по смисъла на чл.143 от ЗЗП. По смисъла на пар.13, т.2 от ДР на ЗЗП ответниците са търговци, тъй като предоставят услуга или сключват договор с потребител като част от своята търговска или професионална дейност в публичния или в частния сектор. Застрахованите физически лица имат качеството на потребител по смисъла на пар.13, т.1 от ДР на ЗЗП. Затова този нормативен акт намира приложение при договора за „Кредитна протекция“ Пакет А, сключен между ищеца и ответните застрахователни дружества. В чл.143, ал.1 от ЗЗП и чл.3 от Директива 93/13/ЕИО на Съвета от 05.04.1993г. е дадена легална

дефиниция за това коя клауза следва да се счита за неравноправна. Такава е всяка уговорка във вреда на потребителя, която не отговаря на изискването за добросъвестност и води до значително неравновесие, неравнопоставеност между правата и задълженията на търговеца или доставчика и потребителя, произтичащи от договора. В чл.143 се съдържа неизчерпателен списък на клаузи, които се смятат за неравноправни. Уговарянето на изключени рискове, при които застрахователят се освобождава от отговорност и може да откаже да изплати изцяло или частично застрахователно обезщетение е предвидено в закона – чл.239, ал.1 от КЗ/отм/ и чл.449 от КЗ. Ал. 2 на чл.239 от КЗ/отм/ дава възможност на страните по застрахователния договор да договарят и други изключени рискове. Нормата е диспозитивна и това, което ще уговорят страните се ограничава само от закона, морала и добрите нрави. Уговарянето на изключен риск не внася неравновесие в правата и задълженията на страните, тъй като във всички други случаи застрахованият има право на застрахователно обезщетение и застрахователят не е освободен от задължението да го изплати. В един граждански процес възражението на застрахователя за наличие на изключен риск винаги подлежи на доказване и негова е тежестта да го установи. Не е неравноправна клауза, за включването на която в договора, има предвидена възможност в закона. Въвеждането на изключен риск гарантира и защитава в определена степен застрахователя от и недобросъвестни потребители на застрахователна услуга, които умишлено го въвеждат в заблуждение, премълчават или неточно обявяват обстоятелство, при наличието на което договорът за застраховка не би бил сключен от застрахователя. Разпоредбата на чл.10 от ОУ е ясна и на разбираем език, поради което не е неравноправна.

При наличието на няколко основания, които водят до освобождаване на застрахователя от отговорност, съдът е длъжен да разгледа всяко едно от тях като прецени кое е основателно и кое не.

Второто правоизключващо възражение въведено в процеса от ответниците е на основание чл.189, ал.4 от КЗ/отм/.

Те твърдят, че при декларирането на здравословното си състояние С. Ж. не е посочил хронични заболявания от които страда, които изрично са пояснени в Приложение № 2 към Декларация във връзка с приемане на застраховането. Нея застрахованият декларира определени обстоятелства,

свързани със здравословното му състояние към момента на декларирането. В т.7 от това приложение е посочено, че лицето следва да посочи дали страда от заразни заболявания, хронични болести, от периодично обострящи се заболявания, както и че не е и не е бил неработоспособен. В поясненията са изброени примерно какво се разбира под хронично заболяване и периодично обострящи се такива. Сред тях е заболяване на сърдечно-съдовата система и хипертония. От доказателствата по делото и от приетото заключение на комплексната медицинска експертиза се установява, че деклараторът е имал артериална хипертония и хронична сърдечно-съдова недостатъчност още пред сключване на застрахователния договор по застраховка „Кредитна протекция“, но не ги е посочил. Това е равнозначно на премълчаване на обстоятелства, при наличието на които застрахователят може да откаже изцяло или отчасти да изплати застрахователно обезщетение. Заедно с наличието на предпоставките за изключен риск и това основание освобождава от отговорност застрахователите да заплатят на въззивника застрахователно обезщетение по сключената застраховка.

Искът с правно основание чл.242, ал.1 от КЗ/отм/ е неоснователен.

По иска с правно основание чл.134, ал.1 от ЗЗД във вр. с чл.199а от КЗ/отм/.

Разпоредбата на чл.134, ал.1 от ЗЗД предвижда възможност кредиторът да упражни имуществените права на длъжника, като иска осъждането на застрахователното дружество да заплати на банката дължимата застрахователна сума при осъществяване на застрахователно събитие.

При предявен иск ответници по него е застрахователното дружество, а съищец -банката, чието вземане е обезпечено със застраховка „Кредитна протекция“. Застрахователят може да направи всички възражения, произтичащи от застрахователния договор, а банката, следващи от договора за кредит. Ответниците са направили своевременно правоизключващи възражения с отговора на исковата молба за освобождаване от отговорност да платят застрахователно обезщетение, посочени в чл.10 от ОУ и чл.189, ал.4 от КЗ/отм/. Изложените във връзка с иска правни изводи относно основателността на правоизключващите възражения рефлектират и върху основателността на иска по чл.134, ал.1 от ЗЗД. Кредиторът може да предяви чужди права като процесуален субституент, когато са налице няколко

предпоставки, предвидени в закона: ищецът /процесуален субституент/ твърди, че има качеството на кредитор спрямо дадено лице /в случая банката/, т. е. че има вземане към това лице, възникнало на договорно или извъндоговорно основание; 2/ ищецът /процесуален субституент/ твърди, че неговият длъжник и титуляр на правата, които се защитават с предявения иск, бездейства и не упражнява имуществените си права; 3/ неупражняването на правата на длъжника на ищеца /процесуален субституент/ заплашва удовлетворяването на последния, т. е. с бездействието си длъжникът рискува да намали имуществото си; 4/ ищецът в качеството си на процесуален субституент следва да претендира осъждане на ответника не за себе си, а за носителя на притезанията. Бездействието на длъжника обуславя правния интерес на кредитора да упражни правата му пред съда като предяви сурогационния иск п очл.134, ал.1 от ЗЗД. В случая ищецът твърди, че поради настъпване на застрахователно събитие има вземане за застрахователно обезщетение и тъй като банката не е упражнила имуществените си права да поиска от застрахователя да ѝ го изплати, то той има интерес да предяви нейните права пред съда. Основателността на иска по чл.134, ал.1 от ЗЗД е поставена във връзка с наличието на предпоставките за изплащане на застрахователно обезщетение на застрахованото лице. В случая са доказани от ответниците изключени рискове, поради което те не дължат такова на С. Ж.. Респективно и кредиторът, в чиято полза е сключена застраховката, не може да получи плащане по нея от застрахователя. Не е налице застрахователно събитие, което да активира действието на застрахователния договор.

Във връзка с основателността на предявените иски пред въззивния съд жалбоподателят е представил писмени доказателства, които макар и да са приети по делото, не следва да се разглеждат, доколкото не са налице основанията на чл.266 от ГПК. За пълнота излага, че писмо с изх. № ЗБУТ-26-24/22.03.2019г., издадено от „Мини Марица – Изток“ АД, клон рудник „Траяново 1“ не установява неговото здравословно състояние, а отразява обстоятелството, че ищецът не е бил трудоустроен през времетраене на трудовия договор до 30.11.2014г. Представената производствена характеристика от 30.03.2015г. също не може да служи като доказателство за здравословното му състояние към датата на сключване на застрахователния договор с ответниците. Следва да се посочи, че към 30.03.2015г., той не е

имал ЕР на ТЕЛК и този документ има вярно съдържание към датата на издаването му. В приетото здравно досие на С. Ж. са отразени към 2012г. заболявания като затлъстяване, есенциална хипертония, подагра. Т.е. хипертонията като заболяване на ищеца датира преди сключването на застрахователния договор по застраховка „Кредитна протекция“, Пакет А.

Искът с правно основание чл.134, ал.1 от ЗЗД във вр. с чл.199а, ал.1 от КЗ/отм/ е неоснователен. По отношение на него първоинстанционният съд е приел, че той е предявен за 10 000лв. , макар че е допуснато увеличение на иска до 43 671, 08лв. Не е искано допълване на решението на СГС, поради което по тази то претенция следва да се потвърди, така както е посочено в него.

Поради това обжалваното решение трябва да бъде потвърдено.

По разноските.

На жалбоподателя не следва да бъдат присъждани разноски за двете инстанции поради изхода на спора по депозираната от него въззивна жалба.

Ответниците са направили искане за разноски и такива им се дължат за настоящата инстанция. Видно от представената фактура и преводно нареждане, приложена към списъка за разноските е, че дружествата са заплатили адвокатско възнаграждение в размер на 5 260, 26лв. с ДДС. В такъв размер разноските следва да се присъдят.

Другият ответник „Уникредит Булбанк“ АД не е направил искане за разноски.

Воден от горното, съдът

РЕШИ:

ПОТВЪРЖДАВА решение № 260962/ 10.02.2021г. на СГС, ГО, 9 състав, постановено по гр.д. № 14361/17г.

ОСЪЖДА С. К. Ж., ЕГН *****, с адрес: гр. **, ул. „***“ №16, вх. Б, ет.6, ап.18 да заплати на „Кардиф Животозастраховане, клон България“ КЧТ, ЕИК175190059, гр. София, ул. „Хр. Белчев“ № 29, вх. А, ет.1-3 и „Кардиф – Общо застраховане“ АД, ЕИК 175190073, гр. София, ул. „Хр.

Белчев“ № 29, вх. А, ет.1-3 и със съдебен адрес: гр. ***, ул. „***“ № 55, ет.1
чрез адв. В. Р./ АД „З. и М.“/ сумата от 5 260, 26лв. / пет хиляди двеста и
шестдесет лева и двадесет и шест стотинки/ разноси по делото пред САС.

Решението подлежи на обжалване пред ВКС в едноседмичен срок от
съобщението до страните.

Председател: _____

Членове:

1. _____

2. _____