

# РЕШЕНИЕ

№ 139

гр. София , 11.03.2021 г.

## В ИМЕТО НА НАРОДА

**АПЕЛАТИВЕН СЪД - СОФИЯ, 15-ТИ ТЪРГОВСКИ** в публично заседание на осми февруари, през две хиляди двадесет и първа година в следния състав:

Председател:	Даниела Дончева
Членове:	Красимир Маринов Капка Павлова

при участието на секретаря Ирена М. Дянкова  
като разгледа докладваното от Даниела Дончева Въззивно търговско дело № 20201001002594 по описа за 2020 година

Производството е по реда на чл. 258 и сл. от ГПК.

Образувано е по въззивна жалба на ЗАД „Армеец“ АД, подадена против Решение № 260100 от 02.10.2020 г., постановено по т. д. № 1560/2019 г. на СГС, ТО, VI – 9 –ти състав, с което съдът е осъдил Военномедицинска академия (ВМА) да заплати на Ц. Г. М. на основание чл. 49 във вр. с чл. 45 от ЗЗД сумата от 30 000 лв., явяваща се обезщетение за претърпени от ищцата неимуществени вреди от непозволено увреждане, изразяващо се в принципите на „достатъчност“ и „качество“ на медицинската помощ, установени в чл. 81, ал. 2, т. 1 от Закона за здравето, ведно със законната лихва върху главницата, считано от 24.03.2015 г. до окончателното ѝ изплащане, както и лихва за забава за периода от 10.08.2014 г. до 23.03.2015 г. в размер на 1887, 62 лв.

Сторени са оплаквания за неправилност на обжалвания акт, същият бил постановен в нарушение на материалния закон и съдопроизводствените правила. Излага се, че решаващият състав на СГС бил дал погрешна правна квалификация на иска за главница като такъв по чл. 229 от КЗ (отм.), а ищецът не бил активно процесуално легитимиран да предяви същия тъй като нямал качеството „застрахован“ по процесната застрахователна полица. Твърди се, че застраховани по последната били физическите лица от състава на медицинския персонал на ВМА, но не и последното, което се явявало

„застраховащ“. Отделно от горното, неправилни били изводите на съда, че провело лечението на Ц. М. лекари били включени в списъка към застрахователната полица, а доказателства в тази насока липсвали. Въззивникът е сторил твърдения за неоснователност на исквете поради настъпване на застрахователното събитие извън времевата рамка на Договора за застраховка. На последно място, Застрахователят оспорва заявените претенции като неоснователни на основание т.10 от Общите условия поради свързаност на делинквентите и въззиваемия, техен работодател.

Моли се за отмяна на обжалваното Решение и отхвърляне на предявените искове, както и за присъждане на разноски за двете инстанции.

Редовно уведомена, насрещната страна е депозирала писмен отговор на така подадената въззивна жалба в срока по чл. 263, ал. 1 от ГПК, с който оспорва същата като неоснователна и моли за оставянето ѝ без уважение. Излага се, че стореното възразение за липса на активна процесуална легитимация било преклудирано.

Моли се за потвърждаване на обжалваното пред настоящата инстанция Решение, както и за присъждане на съдебни разноски.

Въззивната жалба е процесуално допустима като подадена в срока по чл. 259, ал. 1 от ГПК, същата изхожда от надлежна страна - ответник, имаща право и интерес да обжалва, насочена е срещу подлежащ на обжалване валиден съдебен акт, поради което следва да бъде разгледана по същество.

### **За установено от фактическа страна съдът намери следното:**

С Решение от 02.11.2016 г., постановено по гр. д. № 4042/2015 г. на СГС, ГО, I -13 –ти състав, съдът е осъдил Военномедицинска академия (ВМА) да заплати на Ц. Г. М. на основание чл. 49 във вр. с чл. 45 от ЗЗД сумата от 30 000 лв., явяваща се обезщетение за претърпени от ищцата неимуществени вреди от непозволено увреждане, изразяващо се в принципите на „достатъчност“ и „качество“ на медицинската помощ, установени в чл. 81, ал. 2, т. 1 от Закона за здравето, ведно със законната лихва върху главницата, считано от 24.03.2015 г. до окончателното ѝ изплащане, както и лихва за забава за периода от 10.08.2014 г. до 23.03.2015 г. в размер на 1887, 62 лв. Решението е постановено при участието на ЗАД „Армеец“ в качеството му на трето лице – помагач на страната на ответника.

С Решение № 1154 от 22.05.2017 г., постановено по гр. д. № 723/2017 г., САС, ГК, II –ри състав, е отменил изцяло първоинстанционното такова, като е отхвърлил предявените искове.

С Определение № 248 от 12.04.2018 г., постановено по гр. д. № 4807/2017 г., ВКС, ГК, III ГО, е допуснал касационно обжалване на въззивното решение, а с Решение № 130 от 13.11.2018 г. го е отменил, като е осъдил ВМА

да заплати на Ц. Г. М. на основание чл. 49 във вр. с чл. 45 от ЗЗД сумата от 30 000 лв., явяваща се обезщетение за претърпени от ищцата неимуществени вреди от непозволено увреждане, изразяващо се в принципите на „достатъчност“ и „качество“ на медицинската помощ, установени в чл. 81, ал. 2, т. 1 от Закона за здравето, ведно със законната лихва върху главницата, считано от 24.03.2015 г. до окончателното ѝ изплащане, както и лихва за забава за периода от 10.08.2014 г. до 23.03.2015 г. в размер на 1887, 62 лв.

Производството по т. д. № 1560/2019 г. на СГС, ТО, VI - 9 –ти състав, е образувано по искова молба на ВМА, с която ищецът е предявил против ЗАД „Армеец“ искове за заплащане на сумите както следва от 30 000 лв., която сума ищецът бил заплатил на пострадалата и която била дължима по застраховка с полица № 1313060000385015 с предмет „Професионална отговорност на застрахования в качеството му на медицински персонал“; 11 837, 73 лв. лихва за забава върху главницата за периода от 24.03.2015 г. до 11.02.2019 г.; лихва за забава върху главницата от 10.08.2014 г. до 23.03.2015 г.; сумата от 2866 лв. разноси на процесуалния представител на ищцата за производството пред СГС и ВКС. Изложено е, че на основание чл. 229 от КЗ (отм.), ВМА имала право да получи застрахователното обезщетение тъй като била удовлетворила увреденото лице.

По делото не се спори, а и от представените с исковата молба писмени доказателства се установява, че с обективиран в Застрахователна полица №1313060000385015 от 13.08.2013 г. Застрахователен договор, ВМА, посочено като застраховач, е застраховало 1600 лица по представен списък при Застрахователя ЗАД „Армеец“ АД. За период на застраховката е уговорен периодът от 00:00 часа на 23.08.2013 г. до 24:00 часа на 22.08.2014 г., а като ретроактивна дата е посочена 18.01.2009 г. Уговорен е лимит за отделно обезщетение в размер на 100 000 лв. и такъв за всички събития от 250 000 лв., а застрахователната премия от 35 394 лв. е предвидена да бъде заплатена еднократно.

Съгласно представените Общи условия, при които е сключен процесният Договор, на основание писмено предложение и срещу платена застрахователна премия, ЗАД „Армеец“ АД застрахова професионалната отговорност на посоченото в полицата лице, наричано по-нататък „Застрахован“, по отношение на: 1. Всички суми, ненадхвърлящи договорените лимити на обезщетение, които Застрахованият бъде законово задължен да заплати като обезщетение за телесно увреждане (вкл. трайна загуба на работоспособност) или смърт, причинени на пациент(и) вследствие на виновно неизпълнение на професионални задължения като: небрежност, грешки или пропуски при професионално обслужване, което е предоставено или би трябвало да бъде предоставено от страна на Застрахования и/или негови служители със съответна квалификация. Вредите се установяват на основата на претенции, предявени за пръв път писмено през периода на

застраховката, при условие че събитията, на чиято основа са предявените претенции, са възникнали на територията на Република България след началната дата на застраховката или след вписаната в полицата ретроактивна дата (ако такава е договорена). 2. Застрахователят ще обезщетява Застрахования и за всички разходи по уреждането на претенции и искове, направени със съгласие на Застрахователя, като уговорените в полицата лимити включват и разноските по уреждането на исковите.

Изключенията от покритието на отговорност са предмет на раздел II от ОУ, като в т. 10 е посочено, че застраховката не покрива отговорност, произтичаща от претенции към Застрахования от страна на свързани с него лица по смисъла на Търговския закон и претенции от един към друг Застрахован по една и съща полица.

С писмо с рег. № И-9517/15.11.2018 г., ищецът е уведомил ответното дружество относно наличието на влязло в сила съдебно решение на ВКС, което е било конституирано във всички инстанции на гражданското съдопроизводство като трето лице — подпомагаща страна на въззиваемия. Ищецът е поискал от застрахователното дружество да предприеме действия по своевременно заплащане на присъдените суми по постановеното съдебно решение № 130/13.11.2018 г. на Върховния касационен съд в полза на ищцата Ц. Г. М. и процесуалния ѝ представител адв. Л. Н..

Не се спори, а и от представените бюджетни нареждания от 08.02.2019 г. става видно, че ВМА е заплатило на Ц. Г. М. сумата от 30 000 лв., тази от 11 838, 73 лв. и тази в размер на 1887, 62 лв. по гр. д. № 4042/2015 г., а на адв. Н. – сумите от 1436 лв. и 1430 лв. по дело 4042/2015 г.

С писмо с № 1652/08.02.2019 г. ВМА е поканило Застрахователя да му възстанови платените суми в общ размер на 46 592, 35 лв., за което е предоставило и банкова сметка.

Не се спори, а и от представеното по делото пред СГС като писмено доказателство Удостоверение с изх. № И-1235/06.02.2020г. на ВМА става видно, че д-р Н. С. е бил сключен трудов договор № 9648/11.12.1990 г. по чл. 68. ал. 5 от КТ и впоследствие трудов договор №2736/27.03.1991 г. по чл. 67, т. 2 от КТ, а трудовото му правоотношение е прекратено със Заповед № 897/20.06.2017 г. на началника на ВМА на основание чл. 325 ал. 1. т. 11 от КТ (поради смърт на служителя). Между страните не се спори, че именно покойният д-р С. първи е приел, диагностицирал и назначил лечение на Ц. Г. М. е бил служител на ищеца, назначен по трудов договор.

Останалите представени и събрани доказателства съдът намира за неотносими към правилното решаване на спора.

**При така установената фактическа обстановка, в изпълнение на**

**правомощията си по чл. 269 от ГПК, съдът намери от правна страна следното:**

За неоснователно съдът намира бланкетното оплакване на въззивника за дадена от решаващия състав на СГС грешна правна квалификация на иска за заплащане на главницата от 30 000 лв. Посочвайки, че предявеният главен иск е такъв по чл. 229 от КЗ (отм.), съгласно която норма застрахованият има право да получи застрахователното обезщетение, ако е удовлетворил увреденото лице, СГС е взел предвид обстоятелствата, релевиращи в исковата молба, а именно, че ВМА твърди да е осъдено с влязло в законна сила съдебно Решение да заплати на Ц. Г. М. обезщетение за претърпени от ищцата неимуществени вреди от непозволено увреждане в размер на 30 000 лв. на основание чл. 49 от ЗЗД, изразяващо се в принципите на „достатъчност“ и „качество“ на медицинската помощ, установени в чл. 81, ал. 2, т. 1 от Закона за здравето, ведно със законната лихва върху главницата, считано от 24.03.2015 г. до окончателното ѝ изплащане, както и лихва за забава за периода от 10.08.2014 г. до 23.03.2015 г. в размер на 1887, 62 лв.

Неоснователно се явява и оплакването на въззивника за липса на активна процесуална легитимация у ищеца, обуславяща недопустимост на предявените искове, а оттам и на обжалваното Решение, поради липсата на качеството „застрахован“ у болничното заведение.

Обект на застраховане при застраховка „Гражданска отговорност“ е гражданската отговорност на Застрахования за причинени от него на трети лица имуществени и неимуществени вреди, т.е. опасността последният да отговаря пред трети увредени лица за заплащане на обезщетение. При настъпване на застрахователното събитие - възникване на гражданска отговорност за Застрахования, Застрахователят се задължава, по силата на тази застраховка, да заплати застрахователно обезщетение когато и доколкото такива вреди са причинени непосредствено от Застрахования или от чужди виновни действия, за които той отговоря, на трето лице. Не съществува спор в правната доктрина и съдебната практика, че задължителната застраховка „Професионалната отговорност“ също е вид застраховка за вреди от гражданска отговорност по смисъла на КЗ и има имуществен характер. Изразява се в задължението на Застрахователя за обезщетяване на вредите, причинени на трети лица, различни от Застрахования. Като вид разновидност на застраховка „Гражданска отговорност“, задължителната застраховка „Професионалната отговорност“, изрично уредена както в отменения, така и в действащия КЗ, притежава присъщите санкционна, превантивна и обезщетителна функции, а елементите на специалния фактическия състав, от който се поражда са: деяние - действие или бездействие на лице, извършващо определена дейност в рамките на упражнявана от него професия, противоправност на деянието, изразяваща се в неизпълнение на задълженията му при и по повод същата, настъпила в процеса на осъществяване на

съответната професионална дейност вреди в правната сфера на лице, извън Застрахования, вина на упражняващия конкретната професионална дейност с проявите и форми – умишъл или небрежност и причинна връзка между деянието на извършващия определената дейност и настъпилия в чуждата правна сфера вредоносен резултат. Анализът на правните белези на професионалната отговорност, като вид гражданска отговорност сочи също, че нейни субекти са работодателят или възложителят на работата – физическо или юридическо лице. В този смисъл е и Решение № 355 от 19.03.2019 г., постановено по т. д. № 855/2018 г. на ВКС, ТК, II ТО. Аналогично, в Определение № 469 от 04.08.2009 г., постановено по ч. гр. д. № 329 от 2009 г. на ВКС, ГК, IV ГО, се приема, че няма пречка удовлетворилият претенциите на увреденото лице работодател да предяви спрямо Застрахователя обратен иск за платеното, а в Решение № 395 от 10.10.2012 г., постановено по гр. д. № 1538/2011 г., ВКС, ГК, IV ГО, приема, че, след систематично тълкуване на разпоредбите на чл. 54 от ЗЗД и тези на чл. 226 и чл. 229 от КЗ (отм.), следва да се приеме, че работодателят, който вече е удовлетворил пострадалия чрез заплащане на обезщетение, респ. неговите наследници, да насочи регресните си права направо срещу Застрахователя на делинквента. Осъзнавайки нуждата от изрична регламентация на горепосочените правоотношения, законодателят изрично е предвидил в разпоредбата на чл. 431 от КЗ, че ако застраховката гражданска отговорност е сключена от юридическо лице, тя покрива отговорността както на юридическото лице, така и на лицата, представляващи юридическото лице, и на лицата в трудови правоотношения с него.

Предвид изложеното, налага се обоснованият извод, че от застрахователното покритие по процесния Договор за застраховка се ползва не само прекия причинител на вредата, а и неговия работодател и въззиваем в настоящото производство. В този смисъл и стореното с въззивната жалба твърдение за липса на предпоставки за суброгация е неотносимо доколкото платилият работодател разполага с право на обратен иск срещу Застрахователя.

За неоснователно, на следващо място, съдът намира и правопогасяващото и сторено с отговора на исковата молба възражение на въззивника за липса на застрахователно покритие поради невключването на д-р С. в списъка на застрахованите лица. В действителност, видно от съдържанието на представената с исковата молба застрахователна полица, като застраховани са посочени 1600 лица – медицински персонал по списък, който съдът първоначално с Определение № 24 от 03.01.2020 г. и на основание чл. 190 от ГПК е задължил ответника да представи, с оглед сторените в открито съдебно заседание от 15.07.2020 г. уточнения и от двете страни, а именно, че такъв списък не е съставян, съдът, на основание чл. 153 от ГПК, намира, че твърдението на ищеца за застраховане на всички лица от медицинския персонал при ВМА е безспорно. В подкрепа на този извод е и

разпоредбата на чл. 189 от Закона за здравето, задължаваща лечебните заведения да застраховат всички лица, които упражняват медицинска професия при същите, за вредите, които могат да настъпят вследствие на виновно неизпълнение на професионалните им задължения.

Не намира законова опора и възражението на ответника за погасяване вземанията на насрещната страна поради изтичане на погасителна давност. Съгласно разпоредбата на § 22 от ПЗР на КЗ, по отношение на процесното правоотношение приложима е част IV на КЗ (отм.), а изключение от това общо правило е въведено с нормата на § 31 от ПЗР на КЗ, която предвижда, че за давността, която е започнала да тече при действието на отменения Кодекс за застраховането, се прилагат чл. 378, ал. 1 – 6, ал. 8 и чл. 379 от КЗ. Последното изключение от общото правило на закона за действие на материалните норми за бъдеще и по отношение на възникналите при действието им факти и отношения не може да бъде тълкувано разширително, предвид на което и следва да бъде съобразено придаденото обратно действие - по отношение и на започналата да тече давност по договори, сключени преди влизане в сила на КЗ, само по отношение на точно цитираните законови разпоредби, а именно чл. 378, ал. 1 - ал. 6 и ал. 8 от КЗ. От своя страна, чл. 378, ал. 5 от КЗ предвижда регресните и суброгационни иски и исковите на причинителя на вредата по чл. 435 срещу Застрахователя по застраховки "Гражданска отговорност" по т. 10 - 13, раздел II, буква "А" от приложение № 1 да се погасяват в срок 5 години, считано от датата на извършеното плащане от страна на Застрахователя по имуществена застраховка или от страна на причинителя на вредата. Това означава, че правото на платилия Застрахован спрямо Застрахователя му по задължителна застраховка „Професионална отговорност“ се погасява с общата 5-годишна давност, но същата тече от датата на извършеното плащане, когато възниква регресното право, а не от датата на настъпване на застрахователното събитие, както твърди въззивникът. Ето защо, при извършено в полза на увреденото лице плащане на 08.02.2019 г., към датата на предявяването на исковата молба – 09.08.2019 г. - не е изтекъл 5-годишен период от време, който да е произвел погасителен ефект по отношение субективното материално право на ищеца.

За неоснователно съдът намира възражението на въззивника за недължимост на предявените претенции като сторени след изтичане срока на договора. Съгласно абзац II от чл. 1 от Общите условия, при които е подписан процесният Договор, вредите се установяват въз основа на претенции, предявени за първи път писмено през периода на застраховката, при условие, че събитията, на чиято основа се предявените претенции, са възникнали на територията на Република България след началната датата на застраховката или след вписаната в полицата ретроактивна дата (ако такава е договорена). Разрешение на този въпрос е дадено в Решение № 355 от 19.03.2019 г., постановено по т. д. № 855/2018 г. на ВКС, ТК, II ТО, в което се

приема, че законодателят не свързва писменото предявяване на претенциите за обезщетяване срещу застрахователя с момента на определяне застрахователното събитие при застраховка "професионална отговорност". Съгласно изложените в посоченото Решение мотиви, които настоящият състав споделя изцяло, писменото предявяване на претенцията за обезщетение срещу Застрахователя съгласно Общите условия няма значението, което му придава принципът „claim-made-basis“, ползван в англо - американските правни системи като определящ застрахователното събитие при застраховка "професионална отговорност", но невъзприет от българския законодател. В този смисъл последният не е меродавен нито за отговорността на Застрахователя, нито за момента на проявление на вредата.

За неоснователно съдът намира и възражението на въззивника за наличие на предпоставките по т. 10 от Общите условия, изключващи отговорността на Застрахователя. Както правилно е посочил решаващият състав на СГС, изплатеното обезщетение от ищеца е директно към увреденото лице, при условията чл. 49 от ЗЗД, т.е във връзка с отговорността му за вреди, причинени на пациенти от медицинския персонал при или по повод на възложената от лечебното заведение на тези лица работа, а не към прекия причинител на вредата, който би имал качеството „свързано лице“ съгласно посочената разпоредба.

На последно място, неоснователно се явява и евентуалното възражение на въззивника досежно уважения размер на заявената претенция. Съгласно чл. 223, ал.4 от КЗ /отм./, Застрахователят носи отговорност и за разноските по дела, водени срещу Застрахования за установяване на гражданската му отговорност, само когато е привлечен в процеса. В настоящия случай това законоустановено условие е изпълнено с привличането ЗАД „Армеец“ АД като трето лице-помагач в производството по гр. д. № 4042/2015 г. на СГС. Предявяването на обратен иск в рамките на воденото срещу деликвента производство не е предвидено в закона като задължително условие с оглед приложението на разпоредбата на чл. 223, ал. 4 от КЗ /отм./, а дължимостта на лихвите и съдебните разноски е изрично уредена като изключение от общата разпоредба на чл. 268, т.10 КЗ /отм./, съгласно която Застрахователят не дължи такива освен тези по чл. 223, ал.2 и ал.4 КЗ /отм./.

3 Предвид изложеното, поради неоснователност на сторените от въззивника оплаквания и зачитайки силата на пресъдено на основание чл. 297 от ГПК на Решение № 130 от 13.11.2018 г., постановено по гр. д. № 4807/2017 г., ВКС, ГК,III ГО, съдът намира за доказани всички елементи от фактическия състав на завените претенции, поради същите следва да бъдат уважени.

Поради съвпадение в крайните изводи на двете инстанции, постановено следва да бъде Решение, с което обжалваното такова да бъде потвърдено на



основание чл. 272 от ГПК, а разгледаната въззивна жалба – оставена без уважение като неоснователна.

При този изход на спора и на основание чл. 78, ал. 3 от ГПК въззивникът следва да бъде осъден да заплати на насрещната страна сторените в настоящото производство разноски в размер на 2400 лв., за която сума въззиваемият е представил доказателства да е заплатена на процесуалния му представител и която сума е по – малка от минималния размер на адвокатското възнаграждение съгласно чл. 7, ал. 2, т. 4 от Наредбата № 1 от 09.07.2004 г. за минималните размер на адвокатските възнаграждения.

Водим от горното, съдът:

## **РЕШИ:**

**ПОТВЪРЖДАВА** Решение № 260100 от 02.10.2020 г., постановено по т. д. № 1560/2019 г. на СГС, ТО, VI – 9 –ти състав.

**РЕШЕНИЕТО** подлежи на обжалване пред Върховния касационен съд на Република България в едноседмичен срок от съобщението му до страните при условията на чл. 280, ал. 1 от ГПК.

Председател: \_\_\_\_\_

Членове:

1. \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_