

РЕШЕНИЕ

№ 86

гр. Бургас, 25.01.2024 г.

В ИМЕТО НА НАРОДА

ОКРЪЖЕН СЪД – БУРГАС, I ВЪЗЗИВЕН ГРАЖДАНСКИ СЪСТАВ,
в публично заседание на десети януари през две хиляди двадесет и четвърта
година в следния състав:

Председател: Мариана Г. Карастанчева

Членове: Пламена К. Георгиева Върбанова
Тихомир Р. Рачев

при участието на секретаря Ани Р. Цветанова
като разгледа докладваното от Пламена К. Георгиева Върбанова Въззивно
гражданско дело № 20232100501934 по описа за 2023 година

Производството по делото е по реда на чл.258 и сл. ГПК и е висящо пред БОС за втори път,
след като с Решение №50114/09.11.2023 год. по т.д.№1668. от 2022г. по описа на ВКС е
отменено изцяло въззивно решение №361 от 21.04.2022г. на БОС, постановено по в.гр.д.
№1927/2021 год. и делото е върнато за ново разглеждане от друг състав на съда с дадени от
касационната инстанция указания : за издирване действителната воля на страните по
процесния застрахователен договор , а при невъзможност същата да бъде установена-
приложение следвало да намери императивната правна норма в съдържанието на
разпоредбата на чл.348,ал.1,изр.последно от КЗ, приложима за всички застрахователни
правоотношения, според която при несъответствие на застрахователния договор и общите
условия, има сила уговореното в договора.

Първоначално производството пред БОС е образувано по повод въззивна жалба вх.
№280204/02.08.2021г. на БРС, предявена от „ГРУПАМА ЖИВОТОЗАСТРАХОВАНЕ“ЕАД,
ЕИК 131272330, със седалище и адрес на управление: гр.София, бул.,„Цариградско
шосе“№47А, представлявано от изпълнителния директор Селин Болар, чрез юрисконсулт
Даниел Здравков, срещу Решение № 260917/29.06.2021г., постановено по гр. дело №
3172/2020г. по описа на Районен съд – Бургас, с което съдът е осъдил „ГРУПАМА
ЖИВОТОЗАСТРАХОВАНЕ“ЕАД, ЕИК 131272330, със седалище и адрес на управление:
гр.София, бул.,„Цариградско шосе“№47А, представлявано от изпълнителния директор
Селин Болар, да заплати на В. К. Т., ЕГН ***** от гр.*** к/с *** бл.*** вх.* ет.* ап.**,
с със съдебен адрес: гр.Бургас, ул.,„Стара планина“№12, вх.Б, ет.21, офис 8, на основание
чл.386 във вр.чл.382 във вр.чл.456, ал.1 от КЗ и чл.86 от ЗЗД и чл.78,ал.1 от ГПК, сумата от
7291.16лв.(седем хиляди двеста деветдесет и един лева и шестнадесет стотинки)-
застрахователно обезщетение поради настъпил на 07.05.2019г. застрахователен риск- „пълна
трайна неработоспособност“ по групов договор за застраховка „Живот, свързана с банков

кредит“, като ищцата е изразила съгласие за включване в групата на застрахованите лица с подписване на сертификат №B0023470289160510/10.05.2016г. във връзка със сключен от нея Договор за жилищен кредит от 12.04.2016г. с „Банка ДСК“ЕАД, сумата от 652.23лева мораторна лихва върху главницата от 7291.16лева в периода от 05.08.2019г. до 22.06.2020г., ведно със законната лихва върху главницата от 7291.16 лева от 23.06.2020г. до окончателното изплащане, както и сумата от 1151.41 лева- съдебно- деловодни разноски.

С въззивната жалба се излагат аргументи за неправилност и необоснованост на обжалвания съдебен акт, постановен при нарушение на материалния закон и процесуалните правила.

Жалбоподателят твърди, че в хода на първоинстанционното производство се установило, че заболяването на ищцата (въззиваема) не било причина за прекратявяване на трудовото правоотношение, както и че здравословното състояние на същата позволявало полагане на труд и осигуряване на доход. Изтъкват се факти и обстоятелства, установени чрез събраните по делото доказателства(служебна бележка, съдебномедицинска експертиза). Излага се становище относно предпоставките за настъпване на „пълна трайна неработоспособност“ и покритите с договора за застраховка застрахователни рискове, като се цитира т.2 от застрахователния сертификат. Заявява се, че видно от представеното от ищцата по делото писмено доказателство- „Съгласие за включване в групата на застрахованите лица по групов договор за застраховка „Живот, свързана с банков кредит“, последната изразила желанието си да бъде включена в групата на застрахованите лица при посочена застрахователна сума, със застраховател „ГРУПАМА ЖИВОТОЗАСТРАХОВАНЕ“ ЕАД и застраховащ- „Банка ДСК“ЕАД. Подчертава се, че застраховката представлявала обезпечение по кредит. Твърди се, че ищцата(въззиваема), в качеството си на длъжник (кредитополучател), реализирала кредиторското обезпечение, но същата не била в невъзможност да погасява задълженията си по кредита. Горното водело до неоснователно обогатяване.Навеждат се доводи, че покритият риск касаел състояния на застрахования, при които същият нямал възможност да погасява кредита си, като в този случай вземането на кредитора се удовлетворявало от обезпечението(застраховката). Подчертава се, че когато длъжникът можел да упражнява трудова дейност на същата позиция и в същия обем, както към момента на сключване на застраховката, за него не настъпвал риск и застрахователят не дължал плащане. Развиват се подробни съображения във връзка с приложение разпоредбата на чл.349 от КЗ.Изразява се несъгласие с изводите на първоинстанционния съд, че клаузата на чл.86 от Общите условия по застраховката се явявала неравноправна. Посочва се, че цитираната норма била предвидена в интерес на застрахования. Излагат се аргументи в тази насока. Посочва се, че отделните клаузи в договора следвало да се тълкуват във връзка едни с други и всяка една да се схваща в смисъла, който произтича от целия договор, с оглед целта на договора, обичаите и практиката, като се отчита действителната обща воля на страните(чл.20 от ЗЗД). В подкрепа на изложеното, жалбоподателят се позовава на съдебна практика(решение по гр.д. №65/2021г. по описа на ОС- Варна; решение по гр.д.№1864/2019г. на РС- Монтана; Директива 93/13/ЕИО на Съвета от 5 април 1993г. относно неравноправните клаузи в потребителските договори) .Иска се отмяна на първоинстанционното решение и постановяване съдебен акт на настоящата инстанция, с който бъдат отхвърлени исковите претенции изцяло. Претендира се присъждане на сторените по делото разноски съгласно представения списък по чл.80 от ГПК.

В срока по чл.263,ал.1 от ГПК е депозиран писмен отговор на въззивната жалба от въззиваемата В. К. Т., чрез адв. Жения Чолакова- БАК, с който същата се оспорва изцяло. Въззиваемата намира, че решението е правилно и съобразено с доказателствата по делото и не страда от посочените в жалбата пороци.Посочва се, че в хода на първоинстанционното производство безспорно се установило, че между страните по делото съществувала валидна облигационна връзка по групов договор за застраховка, съгласно който ищцата(въззиваема) имала право на претендираното от нея обезщетение при настъпване на определени обстоятелства. Подчертава се, че възникването на такива било категорично доказано от

заклучението на вещото лице по извършената експертиза. Твърди се, че по делото не се установила връзка между предходни заболявания на застрахованото лице и настъпилата трайна неработоспособност. Навеждат се доводи относно размера на дължимото от застрахователното дружество обезщетение. Излагат се аргументи досежно изводите на районния съд за наличие на неравноправна клауза - чл. 86 от ОУ, която била уговорена във вреда на потребителя. Твърди се, че позовавайки се на цитираната разпоредба, застрахователят признавал, че независимо от представянето на решение на ТЕЛК/НЕЛК, имал право на самостоятелна преценка, като от своя страна, застрахованият не можел да разчита на реално покриване на риска. Заявява се, че застрахователят ограничавал отговорността си чрез поставяне на допълнителни условия, което противоречало на основни правни принципи. Моли се потвърждаване на първоинстанционното решение като правилно и законосъобразно и отхвърляне въззивната жалба като неоснователна. Претендират се сторените пред настоящата инстанция разноски.

Никоя от страните не заявява нови доказателствени искания пред настоящата инстанция.

Бургаският окръжен съд, след проверка допустимостта на подадената въззивна жалба (подадена от лице, което има правен интерес да атакува постановеното първоинстанционно решение, постъпила е в преклузивния срок за обжалването му и дължимата държавна такса е заплатена), намира, че делото следва да бъде внесено в съдебно заседание за разглеждане и решаване съобразно дадените указания от ВКС за извършване съответните процесуални действия по обсъждане доводите на страната – ищец и съдържанието на събраните в тази връзка писмени доказателства.

Бургаският окръжен съд като взе предвид исканията и твърденията на страните, разпоредбите на закона и събраните по делото доказателства намира за установено от фактическа и правна страна следното:

Предявени са два обективно кумулативно съединени иска от В. К. Т. против „Групама Животозастраховане“ ЕАД със седалище гр. София, с които се претендира да бъде осъдено ответното застрахователно дружество да заплати следните суми:

- 7 535,28 лева (24 броя месечни погасителни вноски), представляваща обезщетение за срока на постановеното Експертно решение на ТЕЛК, дължимо съгласно валидно сключен

между страните застрахователен договор;

- 734,69 лева, представляваща обезщетение за забавено плащане за периода от 08.07.2019г. до 22.06.2020г., както и

- обезщетение за забавено плащане в размер на законната лихва

върху сумата от 7 535,28 лева от датата на предявяване на исковата молба - 23.06.2020г. до окончателното плащане.

В исковата молба се твърди, че по повод на сключен Договор за жилищен кредит, ищцата е подписала Съгласие за включване в групата на застрахованите лица по групов Договор за застраховка „Живот, свързана с банков кредит“ и редовно е запрашала дължимите към застрахователното дружество застрахователни премии. В исковата молба се твърди, че на 21.11.2018г. ѝ е била извършена операция на ***** **, била е хоспитализирана и на 07.05.2019г. ѝ е направена оценка на работоспособността - 71% трайна неработоспособност за срок от 2 години, считано от датата на освидетелстването. В исковата молба се твърди, че е ищцата е заявила своята претенция към ответното застрахователно дружество, като е приложила копие от цялата медицинска преписка, но ѝ е било отказано заплащане на обезщетение поради липса на основание, поради което и предявява своята претенция по съдебен ред.

В хода на производството ищцата е направила изменение на претенцията чрез нейното намаляване от сума в размер на 7 535, 28 лева на сума в размер от 7 291, 16 лева, представляваща претендирано обезщетение и от сума в размер на 734, 69 лева на сума в размер от 652, 23 лева, представляваща обезщетение за забавено плащане и с нарочно

Определение от 08.06.2021г., постановено по гр. дело № 3172/2020г. по описа на Районен съд - Бургас, съдът е приел така направеното изменение.

Пред първоинстанционното производство е депозиран писмен отговор от страна на „Групама Животозастраховане“ ЕАД със седалище гр. София, в който се посочва, че не се оспорва обстоятелството, че В. Т. е включена в групата на застрахованите лица по Групов договор за застраховка „Живот, свързана с банков кредит“, но в процесния случай не са налице необходимите предпоставки, за да се приеме, че е настъпил покрит застрахователен риск по смисъла на чл. 8.2 от ОУ на застрахователния договор. Посочва се, че в процесния случай заболяването на В. К. Т. не е довело до прекратяване на трудовото й правоотношение от една страна, а от друга страна не я е поставило в такова състояние, което да не й позволява да полага личен труд за осигуряване на доход, тъй като въз основа на сключената застраховка застрахователят не носи риска само от трайно намаляване на работоспособността на застрахования, а от настъпване на такова събитие, което поставя застрахования в невъзможност да полага труд. В отговора на исковата молба се твърди, че в случаите на пълна трайна неработоспособност определящи са последиците - вероятната постоянност на това състояние и невъзможността за осигуряване на доход чрез личен труд, свързана с това състояние, а не само конкретния процент на трайно намалена работоспособност. Твърди се в депозирания писмен отговор, че към момента на предявяване на доброволната застрахователна претенция, застрахованата не е изгубила възможността да упражнява каквато и да е дейност чрез полагане на личен труд за осигуряване на доход, поради което не е налице основание за ангажиране на отговорността на застрахователя. От друга страна - в отговора се посочва, че ищцата няма право да получи застрахователното обезщетение, тъй като това право принадлежи на „Банка ДСК“ ЕАД.

За да уважи предявените претенции, първоинстанционният съд е приел, че клаузата на чл. 86 от ОУ на Групова застраховка „Живот, свързана с банков кредит“ е неравноправна по смисъла на чл. 143 от ЗЗП, тъй като тя не отговаря на изискванията за добросъвестност и е уговорена във вреда на потребителя. Съдът е приел, че в процесния случай е налице противоречие между т. 2 от Покрити рискове на застрахователния договор от една страна и чл. 86 във връзка с чл. 41 от ОУ от друга страна, поради което и следва да се приложат уговорките на т. 2 от Покрити рискове от застрахователния договор. Съдът е приел, че подобна клауза създава на застрахователя право на самостоятелна преценка след представяне на решение на компетентен орган - ТЕЛК или НЕЛК дали е налице или не застрахователен риск - противоречие с разпоредбата на чл. 143, т. 6 от Закона за защита на потребителите и е направил извод, че единствената възможност на работещото застраховано лице при настъпване на установена трайно намалена неработоспособност над 70% да получи застрахователно обезщетение е да прекрати трудовото си правоотношение.

На основание чл. 269 от ГПК, въззивният съд се произнася служебно по валидността на решението, по допустимостта му - в обжалваната част, а по останалите въпроси е ограничен от посоченото в жалбата, т.е. правилността на първоинстанционното решение се проверява само в рамките на наведените оплаквания. При тази служебна проверка, Бургаският окръжен съд намира обжалваното решение за валиден и допустим съдебен акт, липсват нарушения на императивни материалноправни норми.

Въззивният съд намира, че фактическата обстановка по делото се установява такава, каквато е изложена в обжалваното решение и по нея не е налице спор между страните, поради което не следва събраните по делото доказателства да се описват отново и от въззивния съд. Районният съд е съобразил и анализирал всички относими и допустими доказателства, въз основа на които е достигнал до правилни изводи относно това какви релевантни за спора факти и обстоятелства се установяват с тях. Във въззивното производство не са ангажирани доказателства, които да променят приетата и изяснена от първата инстанция фактическа обстановка, поради което, настоящият съд я възприема изцяло и препраща към нея на основание чл. 272 от ГПК, като не е необходимо същата да се преповтаря и в настоящото решение.

По отношенията на възраженията за неправилност на първоинстанционното

решение с оглед оплакванията във въззивната жалба и събраните по делото доказателства, БОС намира следното:

По делото не се спори, че между „Банка ДСК“ в качеството ѝ на кредитор от една страна и В. К. Т. и М.Ж.Т. - двамата в качеството им на кредитополучатели - от друга страна е сключен Договор за жилищен кредит от 12.04.2016г., по силата на който кредитора отпуска на кредитополучателите кредит в размер на 40 000 лева за покупка на жилище - апартамент, находящ се в гр.*** ж.к.*** бл.** вх.* ет.* ап.** със срок за издължаване на кредита от 180 месеца, считано от датата на неговото усвояване.

По делото не се спори, че на дата - 10.05.2016г. В. К. Т. е подписала Съгласие за включване в групата на застрахованите лица по групов Договор за застраховка „Живот, свързана с банков кредит“ с покрити рискове - смърт в резултат на застрахователно събитие, настъпила със застрахования през периода на индивидуалното застрахователно покритие и пълна трайна неработоспособност над 70% в резултат на застрахователно събитие, настъпила със застрахования през периода на индивидуалното застрахователно покритие.

По делото е представено копие от Общите условия на групова застраховка „Живот, свързана с банков кредит“, от които е видно, че на основание чл. 8 от цитираните ОУ покритите рискове по групов застрахователен договор са смърт в резултат на застрахователно събитие, настъпила със застрахования през периода на индивидуалното застрахователно покритие и пълна трайна неработоспособност в резултат на застрахователно събитие, настъпила със застрахования пред периода на индивидуалното застрахователно покритие. На основание т. 86 от Раздел X - дефиниции в представените ОУ изрично е посочено, че пълна трайна неработоспособност за застрахованото лице е медицински удостоверима, вероятно постоянна, над 70% трайна неработоспособност и неспособност на лицето да упражнява каквато и да била дейност чрез полагане на личен труд за осигуряване на доход, настъпила през срока на индивидуалното застрахователно покритие като резултат от застрахователно събитие. Посочено е, че процентът на трайната неработоспособност се удостоверява въз основа на Експертно решение на ТЕЛК/НЕЛК, установяващо процент на трайно намалена работоспособност над 70%.

По делото не се спори, че въз основа на Експертно решение № 1648 от 085 от 07.05.2019г. на В. К. Т. е призната оценка на работоспособността в размер на 71%, считано от 07.05.2018г. Изрично в представеното експертно решение е записано, че лицето може да работи като ***.

От представените по делото Трудов договор от 11.09.2015г. и Служебна бележка с изх. № 620/31.07.2019г., изд. от Основно училище „*** ****“ - Бургас се установява, че В. Т. е работила като *** на постоянен трудов договор и е социално осигурена за всички осигурителни случаи включително и по време на постановяване на решението на ТЕЛК.

По делото е изготвена и съдебно-медицинска експертиза от 02.06.2021г., от неоспореното заключение на която е видно, че вещото лице посочва, че няма причинно-следствена връзка между предходни заболявания, както и посочва изрично, че съгласно издадените решения на ТЕЛК - № 1648 и № 2082 В. Т. е способна да полага трудова дейност, а по делото има и представена Служебна бележка, че работи.

От събраните по делото доказателства се установява, че е валидно възникнало облигационно правоотношение между В. К. Т. и „Групама Животозастраховане“ ЕАД, по силата на което В. Т. се е задължила да заплаща застрахователна премия срещу задължението на застрахователното дружество да покрие две застрахователни събития, които евентуално биха могли да настъпят - смърт и пълна трайна неработоспособност, настъпили със застрахования през периода на индивидуалното застрахователно покритие, а в случай на настъпването на тези събития да изплати на ползващото се лице застрахователно плащане по реда и начина, посочен в договора. По делото не се спори, че периода на застрахователното покритие съвпада с периода, за който ищцовата страна се е задължила да върне предоставения ѝ банков кредит, а именно - от 04.05.2016г. до

04.05.2031г.

По делото не се спори относно обстоятелствата, че В. Т. редовно е заплащала своите застрахователни вноски, както и по отношение на обстоятелството, че редовно е изплащала дължимите по банковия кредит погасителни вноски.

От събраните по делото доказателства се установява и обстоятелството, че на 21.11.2018г. ищцовата страна е била диагностицирана със заболяване, претърпяла е операция и с Решение № 1648 от 07.05.2019г. на ТЕЛК ѝ е призната 71% трайно намалена неработоспособност. Установената ѝ трайно намалена работоспособност е за срок от 2 години и е безспорно, че е настъпила в периода на застрахователното покритие.

По делото не се спори, а и видно от представените Трудов договор и Служебна бележка от ОУ „*** ***“, че от 2015г. В. Т. е встъпила в трудово правоотношение и изпълнява длъжността - *** в ОУ „*** ***“.

Основният спорен по делото момент е: дали е настъпило събитие, което може да се квалифицира като покрит риск и да ангажира отговорността на застрахователя, поета в чл. 1 от ОУ на Групова застраховка „Живот, свързана с банков кредит“ да изплати на ползващото се лице застрахователно плащане по реда и по начина, посочени в договора.

Въззивният съд при първоначалното разглеждане на делото е дал отговор на въпроса: дали разпоредбата в Общите условия /т.86 от Раздел X-дефиниции/ е неравноправна по смисъла на чл. 143, ал. 1, т. 6 от ЗЗП, каквото е твърдението на ищцовата страна. Даденото от въззивната инстанция разрешение на този въпрос е било изцяло споделено от касационният съд. На основание чл. 143, ал. 1 от Закона за защита на потребителите, неравноправна клауза в договор, сключван с потребител е уговорка във вреда на потребителя, която не отговаря на изискването за добросъвестност и води до значително неравновесие между правата и задълженията на търговеца или доставчика и потребителя. На основание ал. 143, ал. 2, т. 6 от ЗЗП, неравноправна е клаузата, която позволява на търговеца или доставчика да се освободи от задълженията си по договора по своя преценка, като същата възможност не е предоставена на потребителя, както и да задържи сума, получена за престация, която не е извършил, когато сам прекрати договора. В случая според т.86 от Раздел X-дефиниции на Общите условия, установяването на трайна неработоспособност и невъзможност лицето да полага труд, не е поставено в зависимост от едноличната преценка на застрахователното дружество, а е в зависимост от решение, което е взето от държавен орган/ в случая - ТЕЛК или НЕЛК/. Разпоредбата на т. 86 от Раздел X - дефиниции в представените ОУ не позволява търговецът да се освободи от задълженията си по договора по своя преценка, тъй като въпросът относно процента на неработоспособността и обстоятелството: дали с оглед на установената неработоспособност едно лице може да работи или не, не е в преценката на застрахователя, а е изцяло в преценката на независимия държавния орган, чиято оценка застрахователят само следва да съобрази. При наличие на постановено решение в този смисъл от страна на ТЕЛК/НЕЛК се счита, че застрахователното събитие е настъпило и едва тогава за застрахователното дружество би възникнало задължението да заплати застрахователно обезщетение.

Ищцовата страна твърди, че са налице условията за заплащане на претендираното обезщетение, тъй като са налице основанията за това, предвидени в т.2 от Раздел „Покрити рискове“ на „Съгласие за включване в групата на застрахованите лица по групов договор за застраховка „Живот, свързана с банкова дейност“ и т.2 от Раздел „Покрити рискове“ на Сертификат на застраховано лице по групов договор за застраховка „Живот, свързана с банков кредит“. Видно от цитираните норми, покрит риск е: „пълна трайна нетрудоспособност над 70% в резултат на застрахователно събитие, настъпила със застрахования през периода на индивидуалното застрахователно покритие. Към датата на постановяване на ЕР на ТЕЛК/НЕЛК застрахованият трябва да извършва дейност чрез полагане на личен труд за осигуряване на доход“.

Според ищцовата страна, цитираните разпоредби в сочените по-горе Съгласие и Сертификат противоречат на Раздел X-дефиниции, т.86, от Общите условия, на които

ответника основава отказа си да заплати застрахователното обезщетение. Видно от тази разпоредба на Общите условия, пълна трайна нетрудоспособност е „медицинска удостоверение, вероятно постоянна, над 70% трайна неработоспособност и неспособност на лицето да упражнява каквато и да било дейност чрез полагане на личен труд за осигуряване на доход, настъпила през срока на индивидуалното застрахователно покритие като резултат от застрахователно събитие“.

Следователно, според ответникът и съгласно Раздел X-дефиниции, т.86 от Общите условия, следва да са налице две кумулативни предпоставки, за да бъде ангажирана отговорността на застрахователното дружество, а именно: 1/пълна трайна неработоспособност в резултат на застрахователно събитие и 2/неспособност на лицето да упражнява каквато и да била дейност чрез полагане на личен труд за осигуряване на доход, тоест: покритият риск се свързва с осигуряване на опасността застрахованият да се окаже в невъзможност да заплаща със собствени усилия своите вноски по кредита поради настъпила неработоспособност, която му пречи и да упражнява труд. При липсата на една от двете предпоставки не възниква отговорността на застрахователното дружество да осъществи застрахователно плащане на ползващото се лице.

В случая обаче действително се установява противоречие в съдържанието на сертификата и съгласието като част от съдържанието на застрахователния договор, от една страна, и от друга: съдържанието на клауза в Общите условия за този вид застраховки.

Законодателят регламентира общите условия на застрахователя като неразделна част от застрахователния договор и изрично разграничава двата документа. Нормата на чл. 345, ал. 5, т. 1 визира като минимално необходимо съдържание на застрахователния договор покритите рискове и изключенията от покритие. Правилото изрично утвърждава и изискване към начина на дефиниране обема на покритие – ясно, недвусмислено и изчерпателно. По изрично предписание на чл. 348, ал. 1 изр. последно КЗ, при противоречие между застрахователния договор и общите условия, приоритет получава указаното в застрахователния договор. Приложение следва да намери разпоредбата на чл. 348, ал. 1 изр. последно КЗ и отношенията между страните да се уредят въз основа на сключения застрахователния договор.

В конкретния случай в договора не е посочено като условие за заплащане на претендираното обезщетение „неспособност на лицето да упражнява каквато и да била дейност чрез полагане на личен труд за осигуряване на доход“. Изискването е само „пълна трайна нетрудоспособност над 70% в резултат на застрахователно събитие, настъпила със застрахования през периода на индивидуалното застрахователно покритие. Към датата на постановяване на ЕР на ТЕЛК/НЕЛК застрахованият трябва да извършва дейност чрез полагане на личен труд за осигуряване на доход“. Безспорно е, че така цитираните условия са налице, тъй като с Решение на ТЕЛК № 1648 от 07.05.2019г. (поправено с Решение № 2082 от 12.06.2019г. на ТЕЛК) на В. Т. е призната 71% трайна неработоспособност. От Трудов договор от 11.09.2015г., сключен между В. Т. и ОУ „*** ***“, както и от Служебна бележка от 01.08.2019г. от Основно училище „*** ***“ - Бургас, категорично се установява, че ищцата е била в трудово правоотношение към момента на сключване на застрахователния договор, по време на настъпилото застрахователно събитие, както и към момента на постановяване на Решение № 1648/07.05.2019г. на ТЕЛК при УМБАЛ - гр. Бургас АД (поправено с Решение № 2082 от 12.06.2019г. на ТЕЛК).

При така установените правнорелевантни обстоятелства настоящата инстанция приема, че са налице всички материални предпоставки за уважаване на предявената от В. К. Т. главна искова претенция.

Като законова последица следва да се уважи и искането за присъждане на законна лихва от отказа на ответника да заплати застрахователно обезщетение на 05.08.2019г., поради което следва да се приеме, че ответникът е в забава от този момент до 22.06.2020г., поради което и на основание чл.162 ГПК мораторната лихва върху главницата възлиза на

654,18 лева.Претенцията на ищцата е в по-нисък размер от 652,23 лева и следва да се уважи.Следва да се присъди мораторна лихва върху главницата, начиная от 23.02.2020г. до окончателното ѝ изплащане.

По така изложените съображения решението на районният съд е правилно и законосъобразно и като такова следва да се уважи.На ищцата следва да се присъдят извършените съдебно-деловодни разноски както следва: на основание чл.294,ал.2 ГПК съдебно-деловодни разноски пред касационната инстанция в общ размер от 1030 лева; 1000 лева общо адвокатско възнаграждение за разглеждане на делото от въззивната инстанция и държавна такса от 170,82лева, внесена по сметка на БОС.

Мотивиран от горното, Окръжен съд – Бургас

РЕШИ:

ПОТВЪРЖДАВА Решение № 260917/29.06.2021г. по гр.д.№ 3172/2020 година по описа на Районен съд-Бургас.

ОСЪЖДА „ГРУПАМА ЖИВОТОЗАСТРАХОВАНЕ“ЕАД, ЕИК 131272330, със седалище и адрес на управление: гр.София, бул.,,Цариградско шосе“№47А, представлявано от изпълнителния директор Селин Болар, да заплати на В. К. Т., ЕГН *****, със съдебен адрес - гр. ***, ж.к. *** ***, бл. ***, вх. *, ет. *, ап. **, със съдебен адрес - гр. Бургас, ул. Стара планина № 12, вх. Б, ет. 2, офис 8, съдебно-деловодни разноски в общ размер от 2200,82 лева.

Решението подлежи на касационно обжалване в едномесечен срок от съобщаването му на страните пред Върховния касационен съд на Република България.

Препис от постановеното решение да се изпрати на страните за запознаване.

Председател: _____

Членове:

1. _____

2. _____