

# РЕШЕНИЕ

№ 851

гр. София, 14.04.2022 г.

## В ИМЕТО НА НАРОДА

**СОФИЙСКИ ГРАДСКИ СЪД, ВЪЗЗ. II-Б СЪСТАВ**, в публично заседание на седемнадесети януари през две хиляди двадесет и втора година в следния състав:

Председател: Любомир Василев

Членове: Калина Анастасова  
Десислава Ал. Алексиева

при участието на секретаря Ели Й. Гигова  
като разгледа докладваното от Калина Анастасова Въззивно гражданско дело  
№ 20211100508028 по описа за 2021 година

Производството е по чл. 258 – чл. 273 ГПК.

С Решение № 20095867 от 15.04.2021 г. по гр.д. № 30311/2020 г. по описа на СРС, 150 с-в, е отхвърлен предявения от Р. ИВ. СТ., ЕГН \*\*\*\*\*, с адрес в гр.София, ж.к. \*\*\*\*, срещу „ДЗИ-Ж.“ ЕАД, ЕИК \*\*\*\*, със седалище и адрес на управление в гр.София, бул. \*\*\*\*, иск с правно основание чл. 238 от КЗ (отм.), вр. § 22 от ПЗР на КЗ за осъждане на „ДЗИ-Ж.“ ЕАД да заплати на Р. ИВ. СТ. сумата от 12 000.00 лева, представляваща застрахователно обезщетение по застраховка „Злополука“, сключена с полица № 2020006496, за настъпила частична трайна неработоспособност вследствие на злополука от 26.07.2018 г., ведно със законна лихва от датата на подаване на исковата молба -13.07.2020г. до окончателното плащане на сумата.

Решението е обжалвано от ищеца Р. ИВ. СТ., с основни доводи, че е неправилно, необосновано, постановено е в противоречие със събраните по делото доказателства, в нарушение на материалния закон.

Заявява, че неправилно съдът е тълкувал разпоредбите на общите условия към договора за застраховка във връзка с приложимите разпоредби на КЗ, като е достигнал до неправилни изводи, че покрития застрахователен риск е настъпил след изтичане на една година от злополуката. В резултат неправилно исковите са били отхвърлени като неоснователни. В производството е установено настъпване на злополука, която е

довела до частична трайна нетрудоспособност по времена действие на договора, което е покрит застрахователен риск и застрахователя дължи обезщетение независимо, че договорът е прекратен по искане на застрахования. Последното е станало именно поради отказ на застрахователя да заплати обезщетение в съответствие с уговореното по договора.

Поддържа, че посочената дата за инвалидизация от ТЕЛК в постановеното решение не съответства на датата на настъпване на частичната трайна неработоспособност. Именно след злополуката застрахованото лице е предприело всичко за лечението си, което не се оспорва в производството. Извършена била операция и били следвани всички лекарски предписания за домашно лечение. По вречена на лечението ищцата била във временна неработоспособност, през който период ѝ били издавани болнични листове. В същите е посочвано и състоянието ѝ на временна неработоспособност. Въпреки това и проведеният период на лечение и оздравяване при преглед в ТЕЛК ѝ било издадено решение за 20 % трайно намалена работоспособност, което било потвърдено от НЕЛК. В случая и временната неработоспособност и частичната трайна, определена от ТЕЛК произтичат от един и същи факт- настъпилата злополука по време и в срока на действие на застрахователния договор. Неправилно в тази връзка съдът е приел, че и за временната и за частичната трайна неработоспособност причинно-следствената връзка е прекъсната. Очевидно е именно с оглед констатациите на ЕР на ТЕЛК и НЕЛК, че такова прекъсване не е налице и временната и трайната са настъпили в резултат на злополуката. Неправилните изводи на съда са в резултат на приетото, че временната и за трайна неработоспособност имат самостоятелно битие. Не следва с оглед датата на освидетелстване и при съобразяване издаваните преди това болнични листове да се тълкува във вреда и вменява във вина на пострадалото лице – застрахован датата на настъпване на частична трайна неработоспособност. В случая лицето се е явило на преглед пред експертна комисия в първия възможен момент, като прегледът не зависи от неговата воля, а от административната възможност на трето лице за спора – ТЕЛК. Освен това при спазване действащата нормативна уредба в своето решение ТЕЛК не би могъл да определи друга дата като начална за инвалидизацията, тъй като начална дата е датата след изтичане на болничните листове. Решението на ТЕЛК признава настъпването на трайна неработоспособност вследствие на злополуката-покрит от застрахователя риск настъпила в срока на действие на договора. Последното е следвало да бъде съобразено от СРС при произнасяне на решението, което не е сторено.

Моли постановеното решение да бъде отменено, като неправилно, а предявените искиове-уважени в цялост като основателни. Претендира разноски.

Въззиваемата страна „ДЗИ-Ж.“ ЕАД подава отговор, в който изразява становище

за неоснователност на въззивната жалба по изложени подробни доводи. Претендира разноси.

Софийски градски съд, като прецени доводите на страните и събраните по делото доказателства съгласно разпоредбите на чл. 235, ал.2 ГПК и чл.269 ГПК, намира за установено следното:

Въззивната жалба е допустима – същата е подадена от легитимирана страна в процеса, в срока по чл.259, ал.1 ГПК срещу подлежащ на въззивно обжалване съдебен акт.

Съгласно нормата на чл.269 ГПК въззивният съд се произнася служебно по валидността на решението, а по допустимостта му – в обжалваната част, като по останалите въпроси той е ограничен от наведените в жалбата оплаквания, с изключение на случаите, когато следва да приложи императивна материалноправна норма, както и когато следи служебно за интереса на някоя от страните – т. 1 от Тълкувателно решение /ТР/ № 1/09.12.2013 г. по тълк. дело № 1/2013 г. на ОСГТК на ВКС.

Настоящият състав намира постановеното от СРС, 150-ти състав, решение за валидно, допустимо и неправилно. Във връзка с доводите за неправилност по въззивната жалба съдът намира следното:

Предявен е иск с правно основание чл. 238 вр. чл.230 КЗ /отм./ вр. § 22 от ПЗР на КЗ.

Претенцията на ищцата се основава на твърдението, че при наличие на предпоставките по чл. 238, ал. 6 вр. с, ал. 1 от КЗ (отм.) - за ответника се е породило задължение да изплати застрахователно обезщетение, за настъпило застрахователно събитие – частична трайна нетрудоспособност настъпила в резултат на злополука-покрит застрахователен риск по време на действие на застрахователния договор.

Страните не спорят и чрез представените пред първата инстанция доказателства е установено, че ищцата е застрахован и бенефициент по застраховка „Злополука“ по застрахователен продукт „Бонус сигурност“ сключен със „ОББ-Алико Животозастрахователно дружество“ АД, чийто правоприемник е ответникът, с индивидуален застрахователен сертификат № 2020006496/18.07.2014 г.

Установено е, че в срока на действие на договора за застраховка, на 26.07.2018г. застрахованата Р.С. е претърпяла злополука, като при падане е получила фрактура на левия латерален кондил и увреда на колянната става, представляваща счупване на други части на подбърдица. Поради това и на 27.07.2018г. била извършена операция на пострадалата. Тези обстоятелства се потвърждават и от представените пред първата инстанция документи в т.ч. медицински документи, болнични листове, амбулаторни листове, експертно решение на ТЕЛК и експертно решение на НЕЛК

Страните не спорят и се установява, че в договора за застраховка е предвидено, че същият е със срок от една година, при автоматично подновяване на годишното индивидуално застрахователно покритие при уговорена и заплащана застрахователна премия в размер на 180 лева годишно. Покритите застрахователни рискове по договора са: „смърт вследствие на злополука“ с дължимо обезщетение в размер на 60000.00 лева, „пълна трайна нетрудоспособност вследствие на злополука“ с дължимо обезщетение в размер на 60000.00 лева и „частична трайна нетрудоспособност вследствие на злополука“, при което застрахователното обезщетение се определя като процент от сумата 60000.00 лева.

Относно конкретния начин за определяне на размера на обезщетение при частична трайна нетрудоспособност в Общите условия, приложени по делото и от двете страни, е предвидено, че при конкретни хипотези се определя конкретен процент съобразно Таблица № 2. По отношение на случаите на частична трайна нетрудоспособност, които не са изрично изброени в посочената таблица, е предвидено, че обезщетението се определя в съответствие с тежестта на увреждането и в сравнение с изрично упоменатите в таблицата случаи. Предвидено е в чл.15.3 от общите условия, че при телесна повреда в следствие на злополука, която е довела до частична трайна нетрудоспособност, застрахователят ще заплати процент за специфични телесни увреждания умножен по застрахователната сума и то при условие, че тази трайна частична нетрудоспособност настъпи в рамките на 365 дни след датата на злополуката, причинила трайна нетрудоспособност. В общите условия изрично е дадена дефиниция на понятието „Злополука“, а именно събитие, имащо за резултат медицински установена телесна повреда, която не е причинена съзнателно и е получена по време на срока на договора. По отношение и на понятието телесна повреда също е дадена конкретна дефиниция - медицински установимо физическо увреждане на телесната цялост на застрахования, причинено при злополука. В чл. 12 от Общите условия е упоменато и по какъв начин следва да бъде предявена претенцията за плащане на застрахователно обезщетение, а именно с писмено уведомление, ведно с всички необходими документи, като е предвидено и че при поискване, от страна на застрахованото лице за негова сметка следва да бъде извършен и медицински преглед във връзка с всяка твърдяна телесна повреда. Предвиден е и срок за уведомяване - седем дни от настъпване на всяко обстоятелство, въз основа на което може да възникне искане за заплащане на застрахователно обезщетение. Същевременно обаче е предвидено, че едва след изтичане на 5 години от настъпване на събитието се погасява правото на застрахования да предяви към застрахователя искане за плащане.

В производството е установено, че ищцата, като застрахован е уведомила застрахователното дружество за настъпилото застрахователно събитие – злополука на 19.10.2018г., като с формуляр за оценка на щета от 01.11.2018г. се установява, че е бил извършен преглед на представените от ищцата документи от лекар консултант при

ответното дружество, който е направил отбелязване, че не е налице късно уведомяване и образуваната щетата е валидна. Поставена е диагноза - фрактура на латерален тибиален кондил на лява подбедрица, и е посочено, че към момента на осъществяване на прегледа е налице неприключил оздравителен процес и продължаващо рехабилитационно лечение, поради което е налице временна нетрудоспособност и няма увреждания, които да доведат до частична трайна или пълна нетрудоспособност.

Чрез представените пред първата инстанция медицински протоколи на ЛКК от 23.01.2019г., от 28.03.2019г., от 23.05.2019г., се установява, че ищцата е била насочвана към ТЕЛК за продължаване на временната нетрудоспособност. Приети са и постановените от ТЕЛК експертни решения от 21.03.2019г. по документи, от 09.05.2019г. след извършен преглед, и от 10.07.2019г. по представени документи, съгласно които за ищцата е била определена временна неработоспособност.

Въпреки представените пред застрахователя – ответник документи, последният е постановил отказ по направеното от ищцата искане за заплащане на застрахователно обезщетение /писмо с изх. № ОВ-459/06.11.2018г./ с мотив, че към момента на постановяване на отказа по отношение на Р.С. в качеството и на застраховано лице не е установена частична или пълна трайна нетрудоспособност.

Установено е, че по заявление на застрахования – ищец от 07.03.2019г. е прекратен сключения с ответника застрахователен договор по причина: разочарование от предоставения продукт.

В писмо с изх. № 0-92-22902/05.09.2019г., изпратено от името на „ДЗИ-Ж.“ АД до ищцата изрично е посочено, че договорът е прекратен на 07.03.2019г., като е обективиран и повторен отказ от страна на застрахователя да заплати на ищцата застрахователно обезщетение с мотив, че по отношение на ищцата не е налице частична трайна нетрудоспособност.

Установено е, че с Експертно решение на ТЕЛК № 2978/28.11.2019г., е определена по отношение на ищцата С. 20 % трайно намалена работоспособност, поради счупване на горния край на тибията и проведено оперативно лечение на 27.07.2018г. Изрично е посочена и датата на инвалидизацията - 28.11.2019г. Така постановеното решение от ТЕЛК е било потвърдено и с решение на НЕЛК № 0987/05.05.2020г., съгласно което считано от 28.11.2019г. е определена инвалидизация на ищцата С. при 20 % трайно намалена работоспособност.

Чрез показанията на свидетеля К.Б.С. /дъщеря на ищцата/ преценени съобразно указанията на чл.172 ГПК с оглед всички доказателства по делото се установява, че майка ѝ претърпяла злополука на 26.07.2018г., тъй като счупила сериозно лявото си коляно. Това наложило да ѝ бъде извършена операция на 27.07.2018г. Във връзка с проведеното лечение на ищцата ѝ били необходими парични средства, поради което поискала да ѝ донесат застрахователната полица по сключената от нея застраховка

„Злополука“, за да се свърже със застрахователя. Ищцата правила многократни опити да се свърже по телефона с представител на ответника, но без успех, което наложило да бъде осъществена връзка и с представител на банка „ОББ“ АД /застрахователен агент/, която била свързано със застрахователя лице. Свидетелства, че по този начин майка ѝ получила информация къде следва да бъде подадено уведомлението за настъпилото застрахователно събитие и че няма проблем и друго лице, различно от нея, да подаде необходимите документи, тъй като към този момент ищцата била трудно подвижна. Именно свидетеля С. посетила клон на банка „ОББ“ АД и депозирала още в началото на м.08.2018г. заявление, ведно с всички необходими документи, като била уверена, че документацията ще бъде придвижена. Свидетелят подчертава, че в периода от м.08.2018г. до м.10.2018г. от застрахователя не била изпратена информация относно подаденото заявление за заплащане на застрахователно обезщетение, което наложило ищцата да продължи да провежда телефонни разговори с различни служители на банката, който я уведомили, че подадените от свидетелката документи ги няма. Това наложило ищцата да депозира повторно уведомление до застрахователя за настъпилото застрахователно събитие.

Според указанията на чл. 238, ал. 1 от КЗ (отм.) при настъпване на застрахователно събитие или на определените в договора условия застрахователя е длъжен да плати застрахователната сума или част от нея, определена в застрахователния договор.

С оглед това, за да бъде уважен предявения иск в производството следваше да бъде установено при условията на пълно и главно доказване наличието на валидно застрахователно правоотношение по договор за застраховка „Злополука“ между ищеца и ответника, като в срока на застрахователното покритие да е настъпило процесното застрахователно събитие довело до частична трайна неработоспособност при злополука, представляваща покрит застрахователен риск. Следва да бъде установено и наличието на причинна връзка между застрахователното събитие и настъпилите трайна неработоспособност на ищцата, както и размер на застрахователното обезщетение. С оглед правилата на чл.154 от ГПК от страна на ответника следваше да бъдат доказани релевираните възражения - основание за отказ за заплащане на застрахователно обезщетение.

При съобразяване установените факти, чрез събраните пред първата инстанция доказателства, съдът намира, че ищцата е провела успешно доказване на претенцията си. Съответно – застрахователят не е доказал основание за отказ за изплащане на застрахователно обезщетение.

В срока на действие на застрахователния договор – в периода от 18.07.2014 г. до 07.03.2019 г. е настъпило застрахователно събитие на 26.07.2018г., като ищцата е претърпяла злополука- при падане е получила фрактура на лява колянна става, което е

довело до частична трайна неработоспособност при злополука, представляваща покрит застрахователен риск.

Както е посочено в Общите условия на застрахователя, дефиниция злополуката представлява настъпване на събитие, което има за резултат медицински установено телесна повреда. Поради това и именно на 26.07.2018г. по отношение на ищцата е настъпила злополука по смисъла на Общите условия, в резултат на която е ищцата е получила телесно увреждане.

Констатиране на злополуката като частична трайна неработоспособност за ищцата с определен 20 % ТНР действително е извършено от ТЕЛК с постановеното решение на 28.11.2019г., което е определено и като начална дата и дата на инвалидизация. Така посочената дата действително е настъпила след прекратяване на договора за застраховка по искане и изрично заявено желание в писмена форма от ищцата. Действително така посочената дата 28.11.2019г. е след предвидения с разпоредбата на чл. 15.3 от Общите условия срок от една година. С последната посочена разпоредба е предвидено, че обезщетение се заплаща, когато пълната/частичната трайна неработоспособност или смъртта е настъпила в рамките на 365 дни след датата на злополуката. Противно на изложените от първата инстанция доводи, настоящият състав намира, че сочената разпоредба от ОУ противоречи на нормата на чл.238, ал.4 КЗ /отм./. С последната е предвидено не право на застрахователя да откаже плащане на застрахователно обезщетение при настъпване на застрахователно събитие - покрит от застрахователя риск, когато е настъпил в срока на действие на договора, както в случая. Предвидено е право на застрахователя да ограничи и/или намали вредите, чието обезщетение застрахования ще поиска като предвиди срок за стабилизиране на неработоспособността, който не може да надхвърля една година от датата на настъпване на застрахователното събитие и то в случаите, в които не се касае за по-тежки увреждания на здравето, причинени при загуба на крайници или други човешки органи. С цитираната разпоредба /чл.238 ал.4 КЗ /отм./ е предвидено, че в този случай застрахователят определя и изплаща в срока /15 дневен от датата, на която са представени поисканите доказателства за установяване на застрахователното събитие и на размера на плащането/ предварителен размер, който не може да бъде по-малък от минималния безспорен размер на плащането.

Несъмнено в случая не е настъпило тежко увреждане на здравето на застрахования от посочения вид-изключение, но и проведеното оперативно лечение незабавно след злополуката – на следващия ден сочи за добросъвестност на застрахования и съответно – неоснователен и недобросъвестен отказ на застрахователя за заплащане на застрахователно обезщетение по договора. Настоящият състав намира, че разпоредбата на чл. 15.3 от Общите условия противоречи на указанията на разпоредбата на чл.238, ал.4 КЗ/отм./. Настъпило е застрахователно събитие – покрит от застрахователя риск в срока на действие на договора за застраховка, поради което

застрахователя дължи обезщетение на застрахования. Доводите на въззиваемата страна, че частичната трайна неработоспособност е настъпила в срок по-дълъг от 365 дни след датата на злополуката, поради което не дължи заплащане на обезщетение са неоснователни. Настъпилата частична трайна неработоспособност е в пряка причинно-следствена връзка с претърпяната от ищцата злополука в срока и по време на действие на застрахователния договор и не се дължи на други обстоятелства, за които застрахователят не отговаря. Съответно определената от ТЕЛК дата на инвалидизация е съобразена със здравословното състояние на застрахованата във връзка именно с настъпилата злополука и проведената оперативна интервенция. Съобразно указанията на чл.70 от Наредба за медицинската експертиза, когато лицето е било във временна неработоспособност и е преминало непосредствено в инвалидност, за дата на инвалидизиране се приема денят, от който е приключила временната неработоспособност по болничните листове. С оглед това и доводите на въззивника за невъзможност за издаване на експертно решение на ТЕЛК от друга дата, по-близка до датата на злополуката се явяват основателни. Както е посочено и в издаденото от органите на медицинска експертиза решение освидетелстваната е работоспособна и работи. В този случай, както е посочено в цитираната разпоредба, за дата на инвалидизиране се определя датата на освидетелстването. С оглед това, съдът намира че меродавно за разрешаване на настоящия спор е, че в издаденото решение на ТЕЛК потвърдено и от НЕЛК е потвърдено, че частичната трайна неработоспособност на ищцата е в причинна връзка единствено със злополуката, която е настъпила по време на действие на застрахователния договор.

С оглед това, според настоящия състав цитираната разпоредба от ОУ на застрахователя /чл. 15.3 от Общите условия/ противоречи и на добрите нрави, тъй като по съществото си с нея застрахователят като лице, което носи отговорност при настъпване на покрит от застраховката риск прехвърля тази отговорност и риск на застрахования, като за изпълнение на указанията на така посочената разпоредба е нужно съдействие от трети лица – в случая органите на медицинска експертиза, каквито са ТЕЛК и НЕЛК.

Настоящият състав намира и че сочената разпоредба е неравноправна, тъй като освобождава от отговорност застрахователя и възлага на застрахования да извърши действия по оценка на своята работоспособност в срок от 365 дни след настъпване на злополуката, каквато административна организация несъмнено е в компетентността на друг орган.

Съгласно чл.143 ал.2 т.6 ГПК, неравноправна е тази клауза (съдържаща се в адхезионен договор), която позволява на търговеца да се освободи от задълженията си по договора по своя преценка, като същата възможност не е предоставена на потребителя. В случая, спорната клауза е именно такава. Тя позволява на



застрахователя да се позове на изключен застрахователен риск по своя преценка по причина, която не се корени в поведението на застрахования. Тази клауза в застрахователен договор е формулирана общо и неясно, не сочи с конкретика, че по съществото си, че при настъпване на застрахователното събитие в срок по дълъг от 365 дни след злополуката е налице изключен застрахователен риск, поради което е неравноправна по смисъла на чл.143 ал.2 т.6 ЗЗП.

С оглед изложеното, при съобразяване, че на ищцата е бил процент 20% намалена работоспособност, то, искът следва да бъде уважен за сумата 12000.00 лв. /20% от сумата 60000.00 лв./.

Изводите на двете инстанции не съвпадат, поради което постановеното решение, като неправилно следва да бъде отменено, а предявеният иск – уважен като основателен и доказан.

#### **По отговорността за разноси:**

С оглед изхода на делото, съдът приема, че отговорността за разноси на въззивника следва да се постави в тежест на въззиваемия. С оглед това на основание чл.78, ал.1 ГПК в полза на ищеца следва да бъде присъдена сумата 1590.00 лв. – разноси за въззивната инстанция и сумата 1680.00 лв.-разноси за първата инстанция по списък.

Предвид изложените съображения, съдът

### **РЕШИ:**

ОТМЕНЯ Решение № 20095867 от 15.04.2021 г. по гр.д. № 30311/2020 г. по описа на СРС, 150 с-в, И ВМЕСТО НЕГО ПОСТАНОВЯВА:

ОСЪЖДА „ДЗИ-Ж.“ ЕАД, ЕИК \*\*\*\*, със седалище и адрес на управление в гр.София, бул. \*\*\*\*, да заплати на Р. ИВ. СТ., ЕГН \*\*\*\*\*, с адрес в гр.София, ж.к. \*\*\*\*, на основание чл. 238 от КЗ (отм.), вр. § 22 от ПЗР на КЗ сумата от 12 000 лева, представляваща застрахователно обезщетение по застраховка „Злополука“, сключена с полица № 2020006496, за настъпила частична трайна неработоспособност /20% по ЕР на ТЕЛК № 2978/28.11.2019г./ вследствие на претърпяна злополука на 26.07.2018г., ведно със законна лихва от датата на подаване на исковата молба -13.07.2020г. до окончателното плащане на сумата.

ОСЪЖДА „ДЗИ-Ж.“ ЕАД, ЕИК \*\*\*\*, със седалище и адрес на управление в гр.София, бул. \*\*\*\*, да заплати на Р. ИВ. СТ., ЕГН \*\*\*\*\*, с адрес в гр.София, ж.к. \*\*\*\*, на основание чл.78, ал.1 ГПК сумата 1590.00 лв. – разноси за въззивната инстанция и сумата 1680.00 лв.-разноси за първата инстанция по списък

РЕШЕНИЕТО подлежи на обжалване в едномесечен срок от получаването му от страните пред ВКС, при условията на чл. 280 ГПК.

**Председател:** \_\_\_\_\_

**Членове:**

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

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