

РЕШЕНИЕ

№ 20

гр. Плевен, 26.01.2022 г.

В ИМЕТО НА НАРОДА

ОКРЪЖЕН СЪД – ПЛЕВЕН, III ВЪЗ. ГРАЖДАНСКИ СЪСТАВ, в публично заседание на тринадесети януари през две хиляди двадесет и втора година в следния състав:

Председател: МЕТОДИ Н. ЗДРАВКОВ

Членове: ЖАНЕТА Д. Г.
ГЕОРГИ ИЛ. АЛИПИЕВ

при участието на секретаря АЛЕКСАНДЪР Г. ПЕТРОВ
като разгледа докладваното от ЖАНЕТА Д. Г. Въззивно гражданско дело № 20214400500908 по описа за 2021 година

Производство е по чл. 258 и сл. от ГПК.

С решение № 260046 от 09.09.2021 г., постановено по гр.д. № 559/2020 г. Левчанския районен съд е уважил предявления от С.А.С. А.С.А. и Н.С.А. и тримата от гр. Левски иск в качеството им на наследници на В.Й. С.а, б.ж. на гр. ** починала на 16.06.2020 г. и е осъдил „*****“ АД, гр. София, ЕИК ***** да заплати на „ПЪРВА ИНВЕСТИЦИОННА БАНКА“ АД, гр. София, ЕИК ***** сумата от **6 067,86 лв.**, представляваща застрахователно обезщетение, дължимо по застраховка „спокойствие с Fi Health“, обективизирана по застрахователна полица № 025LD-R-011967-4134, сключена с В.Й. С.а /наследодател на ищите/, обезпечаваща изпълнението на задълженията на кредитополучателя по договор за банков кредит „Рестарт“ № 025LD-R-011967/12.03.2019 г., сключен между В.Й. С.а и „ПЪРВА ИНВЕСТИЦИОННА БАНКА“ АД, гр. София, ведно със законната лихва върху тази сума, считано от датата на подаване на ИМ – 05.10.2020 г. до окончателно изплащане на сумата.

Със същото решение РС Левски е осъдил „*****“ АД, гр. София да заплати:

на основание чл. 78 ал. 1 от ГПК на С.А.С. А.С.А. и Н.С.А. деловодни разноси в общ размер от **100 лв.**;

на основание чл. 38 ал. 2 вр. ал. 1 от ЗА на адвокат Р. Н. Р. сумата от **633 лв.** за адвокатско възнаграждение;

по сметка на РС Левски държавна такса по делото в размер на **142,20 лв.** съобразно уважения размер на иска.

С решение № 260047 от 10.09.2021 г., постановено по гр.д. № 559/2020 г. по реда на чл. 247 от ГПК Левчанския районен съд е допуснал поправка на очевидна фактическа грешка в решението, като в същото да се чете, че предявеният иск е отхвърлен за разликата над **6 067,86 лв.** до **6 370,82 лв.** като неоснователен и недоказан.

Недоволно от постановеното решение в осъдителната му част е останало въззивното ЗД „*****“ АД, гр. София, което чрез пълномощника си адвокат В. Р. от АК Видин го обжалва в законния срок, като в жалбата се излагат доводи за неправилност и необоснованост на постановеното решение. Според въззивника неправилно РС Левски е приел с оглед събраните в първата инстанция доказателства, че неправилно клонът на дружеството е постановил отказ да заплати застрахователно обезщетение, позовавайки се на разпоредбата на чл. 386 ал. 4 от КЗ и обстоятелството, че В. С.а при сключване на застраховката е премълчала обстоятелството, че страда от хроничното заболяване „артериална хипертония“, била е лекувана за това заболяване и същото е оказало съществено въздействие за настъпване на смъртта й като застрахователно събитие. Според въззивника при сключване на застраховката в попълнения подробен медицински въпросник /за краткост ПМВ/, застрахованата В. С.а е отговорила отрицателно на въпрос № 1, като е посочила, че не е лекувана от високо кръвно налягане през последните 5 години, а от заключението на приетата по делото съдебно-медицинска експертиза по делото се е установило, че В. С.а е диагностицирана със заболяването „артериална хипертония“ през 2004 г., което заболяване е хронично, като наред повишеното кръвно налягане са диагностицирани „хипертонично лице /без/ застойна сърдечна недостатъчност“, „стенокардия“, „паническо разстройство“, „увреждане на лумбо-сакралните коренчета“, както и „просбиопия“. Според въззивника за всички тези хронични заболявания В. С.а е приемала медикаменти, изписани от лекар, някои от които е следвало да

приема през целия си живот за да постигне нормални нива на кръвното си налягане и добра работа на сърцето и е премълчала това обстоятелство пред застрахователя. Пзовава се заключението в съобщението за смърт, че приблизителния период между началото на паталогичните процеси, свързани с възникване на заболяването „артериална хипертония“ и „ХСБ“ и настъпилата смърт е 15 години, както и на заключението на СМЕ на вещото лице д-р М., съгласно което заболяването „артериална хипертония“ е хронично заболяване, което с времето води до увреждане на съдовете на различни органи – сърце, артерии, мозък, бъбреци и др. и прогресията на увреждането на сърцето и съдовата система, което може да доведе до внезапна смърт е в причинна връзка с хипертоничната болест на сърцето. Пзовава се на разпоредбата на чл. 363 ал. 4 от КЗ и практиката на ВКС, установена чрез конкретно посочени съдебни актове и приема, че основанията му за отказ като застраховател са доказани по делото чрез установяване на причинно -следствената връзка между неизпълнението на задължението на застрахования и настъпилото застрахователно събитие, тъй като с оглед приетата СМЕ по делото е доказано, че прогресията на увреждането на сърцето и съдовата система при В. С.а е довела до внезапна смърт е в причинна връзка с хипертоничната болест на сърцето и настъпилото събитие попада в изключенията на ОУ по застраховката. Пзовава се на разпоредбата на чл. 362 ал. 2 от КЗ и решение № 175/13.01.2014 г. по т.д. № 1060/2012 г., I т.о., ТК на ВКС и заключава, че В. С.а при сключване на застраховката собственоръчно е попълнила ПМВ и не е декларира по поставените съществени за застрахователя въпроси, че е лекувана от „артериална хипертония“, които факти и обстоятелства са оказали съществено въздействие за настъпване на събитието. Според въззивника неправилно първоинстанционният съд е приел, че липсва съзнателно премълчаване на заболяването доколкото не са налице медицински данни за лечение на това заболяване през периода от 2011 г. до 2019 г., тъй като от заключението на вещото лице по СМЕ се установява, че от 2004 г. на В. С.а е назначена антихипертензивна терапия за хронично заболяване „високо кръвно налягане“, което се потвърждава от прегледа при кардиолог д-р А.Я. от 09.11.2019 г., където се посочва, че хипертоничната сърдечна болест датира от 15 години. Според въззивника въз основа на тези доказателства може да се направи обосновано предположение, че антихипертензивната

терапия е продължила 15 години и В. С.а е приемала медикаменти за високо кръвно налягане при включването ѝ в покритието по застраховката и при попълване на ПМВ. Наред с това въззивника се позовава на изричната клауза в т.3.2.24 от раздел III на ОУ „Покрити рискове, Изключени рискове“ към застраховката, в която отговорността на застрахователя е изключена при настъпване на застрахователно събитие в резултат на предварително съществуващи заболявания или болестни състояния, настъпили преди началото на индивидуалното застрахователно събитие и счита, че неправилно първоинстанционният съд е приел, че въпросите в ПМВ са твърде общи за да обоснове такава тежка договорна санкция. Във въззивната жалба подробно се обсъжда правната природа на договора за застраховка, позовава се на разпоредбите на чл. 362 от КЗ и чл. 9 от ЗЗД и прави извод, че след като в ОУ страните са посочили ясно задълженията на застрахования, покритите и изключени рискове, при наличие на обстоятелства, които водят до приложение на уговорените изключения застрахователят няма задължение да изплати застрахователно обезщетение, като се позовава на мотивите в тази насока на решение № 224/20.07.2015 г. по т.д. № 4554/2013 г., I т.о., ТК на ВКС.

Моли се окръжният съд да отмени решението на РС Левски в обжалваната част и вместо него да постанови друго, с което да отхвърли предявения иск, като присъди на въззивника направените по делото разноски за двете съдебни инстанции. Алтернативно, при отхвърляне на въззивната жалба прави възражение за прекомерност на заплатеното адвокатско възнаграждение от другата страна при условията на чл. 78 ал. 5 от ГПК.

В срока по чл. 263 ал. 1 от ГПК е постъпил писмен отговор срещу въззивната жалба от въззиваемите страни С.А.С. А.С.А. и Н.С.А. чрез пълномощника им адвокат Р.Р. от ПлАК, в който се оспорва основателността на жалбата. Моли се въззивният съд да отхвърли въззивната жалба като потвърди решението на първоинстанционния съд и присъди в полза на адвокат Р.Р. адвокатско възнаграждение при условията на чл. 38 от ЗА.

В с.з. въззивната страна, редовно призована не се представлява, но депозира писмена молба чрез пълномощника си адвокат В. Р., с която поддържа подадената въззивна жалба, като претендира направените по делото разноски, в това число в размер на **778 лв.** за адвокатско възнаграждение за

въззивната инстанция и за държавна такса в размер на **71,10 лв.** Представя договор за правна защита и съдействие.

Въззиваемите страни С.А.С. А.С.А. и Н.С.А., редовно призовани, не се явяват и не се представляват в о.с.з., но са депозирали писмено становище чрез процесуалният си представител адвокат Р.Р., в което оспорват основателността на въззивната жалба и поддържат писмения отговор. Претендират се разноси за адвокатско възнаграждение по реда на чл. 38 от ЗА за оказана безплатна правна помощ на въззиваемите поради затрудненото им финансово състояние и се представят списък по чл. 80 от ГПК и договор за правна помощ.

Въззиваемата страна „ПЪРВА ИНВЕСТИЦИОННА БАНКА“ АД, гр. София не депозира писмен отговор, не се представлява и не взема становище по основателността на въззивната жалба.

Решението на РС Левски като необжалвано е влязло в законна сила в частта, в която предявеният иск е отхвърлен за разликата над **6 067,86 лв.** до **6 370,82 лв.** като неоснователен и недоказан.

Окръжният съд, като обсъди оплакванията, изложени в жалбата, взе предвид направените доводи, прецени събраните пред първата инстанция доказателства в тяхната съвкупност и по отделно и съобрази изискванията на закона, намира за установено следното:

Въззивната жалба е подадена в законоустановения срок по чл. 259 от ГПК, поради което е допустима и следва да бъде разгледана по същество.

Левчанският районен съд е сезиран с иск с правно основание чл. 383 ал. 3 вр. ал. 1 от КЗ, предявен от С.А.С. А.С.А. и Н.С.А. и тримата от гр. Левски иск, в качеството им на наследници на В.Й. С.а, б.ж. на гр. ** починала на 16.06.2020 г. против „*****“ АД, гр. София, ЕИК *****, с петитум: ответникът да заплати на „ПЪРВА ИНВЕСТИЦИОННА БАНКА“ АД, гр. София, ЕИК ***** сумата от **6 370,82 лв.**, представляваща застрахователно обезщетение, дължимо по застраховка „спокойствие с Fi Health“, обективизирана по застрахователна полица № 025LD-R-011967-4134, сключена с В.Й. С.а /наследодател на ищите/, обезпечаваща изпълнението на задълженията на кредитополучателя по договор за банков кредит „Рестарт“ № 025LD-R-011967/12.03.2019 г., сключен между В.Й. С.а и „ПЪРВА ИНВЕСТИЦИОННА БАНКА“ АД, гр. София, ведно със законната лихва

върху тази сума, считано от датата на подаване на ИМ – 05.10.2020 г. до окончателно изплащане на сумата.

За да уважи предявения иск в частта за сумата от **6 067,86 лв.** Районен съд Левски е приел, че по силата на сключения договор за застраховка „спокойствие с Fi Health“, обективиран в застрахователна полица № 025 LD-R-011967-4134, подписана от В.Й. С.а и ответника „*****“ АД, гр. София и настъпилото застрахователно събитие – смъртта на В.Й. С.а, настъпила на 16.06.2020 г., ответникът - застраховател следва да заплати обезщетение и не е налице твърдяното от него основание да откаже изплащане на обезщетение. Първоинстанционният съд е приел, че с оглед разпоредбата на чл. 362 от КЗ в предоставения от застрахователя на наследодателката въпросник не е дадена възможност да посочи едно или няколко хронични заболявания, от които страда, като въпросникът е твърде общо формулиран, в един въпрос са включени запитвания за десетки заболявания и на запитваното лице не е дадена възможност да даде конкретен отговор, като се очаква да се отговори „ан блок“ и е направил извод, че неясно поставения въпрос предполага неясен и неточен отговор и не може при условията на чл. 362 ал. 6 от КЗ да послужи на застрахователя като основание да откаже да изплати обезщетението. Съдът е приел също, че така както е поставен въпроса от застрахователя дали застрахованото лице е лекувано за множество заболявания през последните 5 години, а не дали страда от посочените заболявания или е било диагностицирано, застрахованата е отговорила добросъвестно, доколкото тя не е била длъжна да тълкува зададените въпроси и ако за застрахователя е било от значение дали застрахования е бил диагностициран от посочените заболявания и дали страда от тях е следвало да зададе съответния точно формулиран въпрос. Приел е, че липсва съзнателно премълчаване към датата на декларацията на заболяването „високо кръвно налягане“, тъй като от приетото по делото заключение на вещо лице по СМЕ по делото и от представената медицинска документация безспорно се установява, че през последните 5 години преди сключване на договора за застраховка В.Й. не е лекувана от заболяванията, посочени в заявлението, като последното ѝ проведено лечение преди това е било през 2011 г., а проведеното лечение през м. XI 2019 г. е след сключване на договора за застраховка и се установява от представен по делото амбулаторен лист, изготвен от д-р Я. Съдът е направил извод, че несъзнаваното неточно деклариране на обстоятелства пред

застрахователя при условията на чл. 364 от КЗ не му дава правна възможност да откаже плащане на застрахователното обезщетение. Съдът е посочил също, че по делото не е установено по категоричен начин каква е причината за смъртта на В.Й., като се е позовал на заключението на вещото лице по СМЕ, съгласно което без аутопсия не може да се каже със сигурност каква е причината за смъртта и причинно-следствената връзка със съществувало преди това заболяване.

Съгласно разпоредбата на чл. 269 от ГПК въззивният съд се произнася служебно по валидността на решението, а по допустимостта в обжалваната му част, като останалите въпроси той е ограничен от посоченото в жалбата.

При съобразяване на твърдените в ИМ фактически обстоятелства и обоснования в нея правен интерес, както и начина на конституиране на страните в производство в съответствие с разпоредбата на чл. 26 ал. 4 от ГПК, въззивният съд приема, че обжалваното решение като постановено от съда по допустим и надлежно предявен иск с правно основание чл. 383 ал. 3 вр. ал. 1 от КЗ е валидно и допустимо и спора между страните следва да бъде разгледан по същество. Правилно Левчанският районен съд е конституиран служебно в качеството му на ищец кредитора „ПЪРВА ИНВЕСТИЦИОННА БАНКА“ АД, гр. София, чиито права ищците са упражнили с предявяване на иска. Банката – кредитор е задължителен необходим другар на застрахования, респ. на наследниците му с оглед положението им по застрахователното правоотношение и обстоятелството, че съдът е сезиран с иск от наследниците като процесуални субституенти за защита на чуждо материално право, което според въззивният съд налага служебно конституиране на титуляра на вземането като съищец на основание чл. 26 ал. 4 от ГПК.

Въззивният съд, като съобрази събраните в първата инстанция писмени и гласни доказателства и заключението на приетата СМЕ, изготвено от вещото лице д-р М. намира за установена по делото следната фактическа обстановка:

Установява се от представения по делото **договор за банков кредит „РЕСТАРТ“ № 025LD-R-011967/12.03.2019 г. и погасителен план към него**, подписани от В.Й. С.а и представител на „ПЪРВА ИНВЕСТИЦИОННА БАНКА“ АД, гр. София, че Банката, в качеството на кредитодател е предоставила на В. С.а в качеството на кредитополучател сумата от **10 000 лв.** за срок от три години, с краен срок на погасяване на кредита 05.03.2022 г..

Установява се от чл. 19, раздел VI на договора за кредит, че страните са постигнали съгласие за сключване на доброволна застраховка от кредитополучателя за негова сметка в полза на Банката при предварително одобрен от Банката застраховател с предмет до 100 % от целия размер на кредита или от остатъка на размера на кредита върху живота, здравето, телесната цялост и работоспособността на застрахования кредитополучател, съгласие за размерите на годишните застрахователни премии по договора за застраховка и начина на плащането им, както и за това, че при настъпване на застрахователно събитие Банката има право да се удовлетвори предпочтително от полученото застрахователно обезщетение като се погасяват в уговорената в договора поредност задълженията по договора за кредит.

Установява се от представената по делото **застрахователна полица № 025LD-R-011967-4134/12.03.2019 г. по договор за застраховка, ведно с Общи условия, неразделна част от договора /ОУ/**, подписана от В.Й. С.а и въззивника „*****“ АД, гр. София, че е налице сключен договор за застраховка „Спокойствие с Fi Health“ между В. С.а и въззивното застрахователно дружество за срока на действие на договора за кредит по отношение на договор за потребителски кредит с размер 10 000 лв., по силата на който са покрити застрахователните рискове смърт в резултат на заболяване или злополука и трайно намалена работоспособност /над 70 %/ в резултат на злополука или заболяване, а размерът на дължимите застрахователни премии е определен на база на размера на отпуснатия кредит и месечната ѝ вноска се заплаща от застрахования, заедно с месечната вноска по кредита. Установява се от представеното застрахователно решение на основание декларираните обстоятелства в заявлението за застрахования, подписано от В. С.а на 12.03.2019 г., че застрахователен агент /необвързан/ по застраховката, предоставяна от въззивното застрахователно дружество е „ПЪРВА ИНВЕСТИЦИОННА БАНКА“ АД, гр. София, а застрахованото лице В. С.а се е съгласила с условията на застраховката „Спокойствие с Fi Health“, предоставена от въззивното застрахователно дружество, както и е дала съгласие застрахователят да получи от надлежните медицински лица всякаква информация, отнасяща се до здравословното ѝ състояние и деклараните от нея данни, в това число предишни заболявания и такива след сключване на договора за застраховка. Установява се от ОУ по за застраховка „Спокойствие с Fi Health“, подписани от застрахованото лице В. С.а, че в раздел III са посочени покритите и изключени рискове, като последните са изрично посочени по 22 пункта. Установява се, че в т. 3.2.18 като изключен риск е посочено „при укрити заболявания при сключване, както и възможни негови последствия, които са настъпили в хода на застрахователния договор, при известност на които застрахователят не би сключил застрахователния

договор“, а по т. 3.2.22 като изключен риск е посочено „результат на предходни състояния /заболявания или злополуки/, настъпили преди сключване на застраховката, също директните и индиректните последствия от тях, които не са декларирани на застрахователя /ако са декларирани предварително съществуващи заболявания и увреждания и застрахователят се е съгласил да ги покрие, то това се посочва в застрахователната полица/.

Установява се от представеното по делото заявление за застраховане, подписано на 11.03.2019 г. от В. С.а, че същото е подписано преди сключване на договора за застраховка „Спокойствие с Fi Health“, посочен по-горе и в същото застрахованото лице е декларирала наред с останалите обстоятелства, че не е частично или пълно трайно неработоспособна вследствие на злополука или заболяване, както и не е боледувала, не е била лекувана и хоспитализирана вследствие на злополука или заболяване през последните 5 години. Застрахованата е декларирала също, че през последните 5 години не е била лекувана от: алкохолна или наркотична зависимост, високо кръвно налягане, сърдечни атаки или заболявания, мозъчен удар /инсулт/, заболявания на кръвоносните съдове /тромбофлебит, болести на вените, атеросклероза на съдовете, диабет, злокачествени тумори, заболявания на бъбреците, черен дроб, хепатит, заболявания на белите дробове, на нервната, храносмилателната система, както от каквото и да е хронично заболяване.

Установява се от представените по делото препис – извлечение от акт за смърт и удостоверения за наследници, издадени от Община ** че В.Й. С.а е починала на 16.06.2020 г. и е оставила за законни наследници съпруга си С. АТ. С. и синовете си А.С.А. и Н.С.А., въззиваеми в производството.

Установява се от представените по делото лекарско заключение и съобщение за смърт, издадени от личния лекар на В. С.а - д-р Г.Г. че последната е починала в дома си от остро заболяване – **„остра сърдечна и дихателна недостатъчност“** с давност от 15 години, за което заболяване е лекувана от м. XI 2019 г. с посочени в заключението медикаменти. Установява се, че през последните 5 години починалата е лекувана за посочени в заключението заболявания, вкл. от кардиолог през м. XI 2019 г. за **ХСБ**.

Установява се от представената по делото в препис рецептурна книжка на хронично болния, че същата е издадена на В. С.а като пациент на 01.07.2004 г. за заболяване **„Хипертонична сърдечна болест, стенокардия“**, за което са предписвани медикаменти с последна дата на отпускане – 21.11.2011 г..

Установява се от представените по делото 10 бр. амбулаторни листове за периода 18.05.2018 г. – 12.02.2020 г., издадени от д-р Г.Г. и д-р А.Я., че В. С.а

е лекувана за различни заболявания, като на 08.11.2019 г. ѝ е поставена диагноза „**хипертонично сърце без /застойна/ сърдечна недостатъчност**“ и анамнеза без оплаквания, за което заболяване не е предписана терапия, на 11.11.2019 г. и на 18.11.2019 г. заболяването е посочено като придружаващо заболяване при основно заболяване „**вирусна инфекция**“, на 19.11.2019 г. заболяването е посочено както като основна диагноза, така и като придружаващо заболяване и е предписана терапия с медикаменти, като е посочено, че болната е с високо кръвно налягане на фона на вирусна инфекция, а след този период на 13.12.2019 г., 08.01.2020 г. и 12.02.2020 г. заболяването е посочено като основно, но пациентката не е имала оплаквания, кръвното ѝ е било 140/80 и не ѝ е предписвана терапия.

Установява се от представената по делото документация от РЗК гр. Плевен с писмо от 10.07.2020 г., че в същата са отразени оказаните на В. С.а медицински услуги за периода 01.01.2013 г. – 31.12.2018 г..

Установява се от представените писмо от въззивното застрахователно дружество до „ПЪРВА ИНВЕСТИЦИОННА БАНКА“ АД, гр. София изх. № 3668/17.07.2020 г. и декларация за застрахователно събитие с вхV № 7056/03.07.2020 г., че налице заведена щета при въззивното застрахователно дружество по повод на уведомление за застрахователна претенция от 03.07.2020 г., основано на полицата за застраховка „Спокойствие с Fi Health“, сключена между В. С.а и въззивното застрахователно дружество, по която щета е отказано заплащане на застрахователно обезщетение поради наличие на пряка причинна връзка между настъпилата смърт на застрахованото лице и заболяването остра сърдечна и дихателна недостатъчност при положение, че в представеното копие от рецептурна книжка на хронично болния на починалото лице са налични записи от 2004 г. за изписване на лекарствени продукти, свързани с описаното от личния лекар заболяване. Установява се, че според застрахователя е налице изключен риск по смисъла на застраховката при условията на чл. 3.2.22 „резултат от предходни състояния /заболявания или злополуки/, настъпили преди сключване на застраховката, също директни и индиректни последствия от тях, които не са декларирани на застрахователя.

Установява се от представените по делото писмо изх. № 10-3162/25.08.2020 г. и удостоверение изх. № 303-51/11.02.2021 г. от „ПЪРВА ИНВЕСТИЦИОННА БАНКА“ АД, гр. София, че към 20.08.2020 г.

просрочените задължения по договора за кредит, сключен с В. С.а са в размер на **542 лв.**, включващи главница и лихви, към 16.06.2020 г. остатъкът от главницата по банковия кредит е в размер на **6055,41 лв.**, а дължимата лихва в размер на **12,45 лв.**, като към този момент по договора за кредит не е имало просрочия.

Установява се от разпита на свидетелката Годеслава Василева Г., че същата е била личен лекар на В. С.а от 2018 г. до смъртта ѝ и единствено през есента на 2019 г. пациентката ѝ е дошла с оплаквания, при които е измерено високо кръвно налягане 260/280 горна граница и 90/100 долна граница, след което е консултирана с кардиолог и в последствие състоянието ѝ се подобрило. Свидетелката установява, че до този момент тази пациентка не е имала пред нея оплаквания, свързани с кръвното ѝ налягане и не са ѝ издавани рецепти във връзка с това заболяване. Установява, че е вписала като причина за смъртта сърдечна и дихателна недостатъчност, тъй като това обикновено е причина за смърт при пациенти с ХИБ. Установява се от разпита на свидетелките В. Б.А. и Й.Н. П. че същите са приятелки и колежки на починалата В. С.а и пред тях тя не е споменавала за каквито и да са здравословни проблеми, включително с кръвното налягане и не е отсъствала от работа през последните месеци преди внезапната си смърт.

Установява се от заключението на вещото лице д-р Д. М., че съгласно предоставената му медицинска документация В. С.а е страдала от **„хипертонично сърце без /застойна/ сърдечна недостатъчност“** и **„стенокардия“** от 01.07.2004 г., паническо разстройство от 01.07.2004 г., „увреждания на лумбо-сакралните коренчета“ от 15.05.2018 г., пресбиопия от 02.11.2015 г. Вещото лице установява, че С.а е лекувана от артериалната хипертония от 01.07.2004 г. с посочени в заключението медикаменти, а за останалите заболявания не може да уточни какви медикаменти са изписвани. Вещото лице съобразявайки посочената в съобщението за смърт диагноза **„остра сърдечна и дихателна недостатъчност“** посочва, че острата сърдечна недостатъчност е клиничен синдром, който се характеризира с бързо настъпила високостепенна застойна сърдечна недостатъчност /остър белодробен оток, остър системен венозен застой/ и/или бързо настъпило силно понижение на сърдечния минутен обем с тъканна хипоперфузия /кардиогенен шок/. Вещото лице посочва също, че **Исхемичната болест на сърцето /ИБС/** е стеснение или запушване на една или повече коронарни артерии с последваща миокардна исхемия, която протича със или без пристъпи на болка зад гръдната кост, като това е едно от най-честите сърдечни заболявания и представлява увреждане на сърцето в резултат на недостатъчното му снабдяване с кислород. Вещото лице заключава, че С.а е страдала от високо кръвно налягане като хипертонична болест на сърцето, за което заболяване ѝ назначена антихипертензивна терапия от 01.07.2004 г., от който момент е диагностицирана с **артериална хипертония**, което кореспондира с отразеното от кардиолога д-р А.Я. на 09.11.2019 г. за **ХСБ** от 15 години. Вещото лице установява, че смъртта на В. С.а е установена в дома

й от личния й лекар д-р Г.Г. без да е извършвана аутопсия, поради което не може категорично да се посочи непосредствената причина довела до внезапната смърт. Според вещото лице при всички случаи на смъртен изход се посочва **„остра сърдечна и дихателна недостатъчност“**, а в конкретният случай в съобщението за смърт е посочена **ХСБ**. Според вещото лице при внезапна смърт в много висок процент от случаите се касае за внезапна сърдечна смърт, а при внезапна сърдечна смърт много висок процент заема острата **ИБС**. Според вещото лице **артериална хипертония** е хронично заболяване, което с времето води до увреждане на съдовете на различни органи – сърце /коронарни артерии с реализиране на исхемична болест на сърцето/, мозък, бъбреци, артерии на крайници, артерии на очите, като прогресията на увреждането на сърцето и съдовата система може да доведе до внезапна сърдечна смърт и е в причинно-следствена връзка с **ХБС**.

Спорно по делото във въззивната инстанция с оглед изложеното във въззивната жалба е извършена ли е правилна преценка на събраните в първата инстанция доказателства при формиране на извода, че на основание чл. 383 от КЗ въззивното застрахователно дружество дължи заплащане на застрахователно обезщетение по договор за застраховка „Спокойствие с Fi Health“ и отказът му е неправомерен.

Съгласно разпоредбата на чл. 383 ал. 1 КЗ при застраховка, сключена в полза на кредитор, между застраховател и застраховаш, който длъжник, при настъпване на застрахователното събитие застрахователят отговаря пред кредитора до размера на застрахователната сума за непогасената част от задължението, за обезпечение на което е сключен застрахователният договор, включващо главници, лихвите и разноските към датата на настъпване на застрахователното събитие. Съгласно разпоредбата на чл. 383 ал. 3 КЗ в случай на смърт на длъжник – застраховано лице по застрахователен договор по повод негово неимуществено благо съгласно ал. 1, кредиторът е длъжен да предприеме с грижата на добър стопанин всички необходими действия относно претендирането и изплащането от страна на застрахователя на застрахователната сума по застрахователния договор, като по повод изплащането на обезщетение по застраховка по изречение първо наследниците на длъжника, както и неговите съдлъжници или поръчители по кредита имат права на застрахован, освен правото да получат обезщетението до размера на непогасената част от задължението.

С оглед разпоредбите на закона, правната теория и установената съдебна практика следва да се приеме, че застрахователният риск е съществен елемент от застрахователното правоотношение и съставлява обективно съществуваща възможност от увреждане на определено имуществено или неимуществено благо. Приема се, че в зависимост от вероятността да настъпи застрахователното събитие и от степента на риска, застрахователят определя останалите съществени елементи на договора като размера на застрахователната премия, застрахователната сума, времетраенето на договора и др.. Изключени рискове са тези, за които застрахователят отнапред обявява на застрахования,

че не поема задължение за обезвреда на причинените на застрахования вреди при настъпване на застрахователно събитие изобщо или ако не бъдат изпълнени допълнителни условия. В разпоредбата на чл. 449 ал. 1 от КТ са посочени изрично изключените от законодателя покрити рискове по договор за застраховка, при които застрахователят се освобождава от задълженията си по застрахователния договор, а в разпоредбата на чл. 449 ал. 2 от КТ законодателят е предоставил възможност на страните по застрахователния договор да договорят и други изключени рискове.

Съгласно разпоредбата на чл. 362 ал. 1 от КЗ застрахованият е длъжен да съобщи на застрахователя точно и изчерпателно съществените обстоятелства, които са му известни и са от значение за риска, така че застрахователят да извърши преценка за естеството и степента на риска по конкретния договор. В хипотеза на договор за лична застраховка, касаеща трудоспособността, здравето и живота на застрахования такива съществени обстоятелства се явяват тези, които позволяват на застрахователя за прецени здравния статус на застрахования към момента на сключване на застраховката и застрахователят следва предварително и изрично писмено да е конкретизирал изрично тези важни за него обстоятелства с оглед изискванията на чл. 362 ал. 2 от КЗ, а не общо да обосновава отказа си на преки или косвени последици от предишни заболявания на застрахованото лице, които според застрахователя не са декларирани. Застрахованото лице не е длъжно да тълкува и предполага кои са важните за застрахователя обстоятелства относно здравния му статус и само при съзнателно неточно обявени, респ. премълчани обстоятелства относно здравословното му състояние, които са оказали пряко въздействие за настъпване на застрахователното събитие при ясно поставени от застрахователя въпроси относно тези обстоятелства застрахователят може да откаже заплащане на обезщетение при условията на чл. 362 ал. 4 от ГПК. Във всички останали случаи застрахователят дължи обезщетение изцяло при условията на чл. 362 ал. 6 от КЗ или частично до размер на платената застрахователна премия или според реалния риск при условията на чл. 364 ал. 4 или чл. 363 ал. 3 изр. 2 от КЗ.

Въззивният съд съобрази обстоятелството, че отказът на въззивният застраховател да изплати застрахователно обезщетение за смъртта на застрахованото лице В. С.а, обективиран в уведомлението му от 17.07.2020 г. е основан на наличието на предвиден по т. 3.2.22 от ОУ към застрахователния договор изключен риск поради съзнателно неточно обявяване или премълчаване на съществено за застрахователния риск обстоятелство от застрахованото лице - съществуващо от 2004 г. хронично заболяване, а

именно **ХСБ** в пряка причинна връзка с настъпилата смърт.

ОУ на застрахователя, с които застрахованото лице се е запознало и изрично не е уведомило застрахователя, че не ги приема, се считат приети от същото след като са подписани и го обвързват с клаузите си, но към тях законът има изискване да определят ясно и недвусмислено покритите и изключените рискове и останалите съществени елементи на договора за застраховка, задълженията на застрахователя и на застрахования при настъпване на застрахователното събитие и за неговото доказване, обстоятелствата, свързани с промяна на застрахователното правоотношение.

При съобразяване на гореизложеното въззивният съд приема, че в конкретната хипотеза от страна на застрахователя следва да се докаже по делото, че е налице съзнателно неточно обявяване или премълчаване на обстоятелства от застрахованото лице, които обстоятелства са посочени писмено ясно и недвусмислено предварително от застрахователя преди сключване на договора за застраховка, както и че именно конкретното неточно обявено или премълчано обстоятелство е в пряка причинна връзка с настъпването на смъртта на застрахованото лице В. С.а.

Въззивният съд приема въз основа на представените по делото доказателства в частта, в която кореспондират помежду за безспорно доказано по делото, че към датите на подаване на заявлението за сключване на договор за застраховка „Спокойствие с Fi Health“, респ. датата на сключване на договора, а именно 11 и 12 март 2019 г. В. С.а е имала диагностицирани от 2004 г. хронични сърдечни заболявания **„артериална хипертония“** и **„стенокардия“**, за които е провеждала медикаментозно лечение през периода 2004 - 2011 г.. Безспорно се установи от заключението на приетата СМЕ, че хроничното заболяване **„артериална хипертония“** с времето води до увреждане на съдовете на различни органи – сърце /коронарни артерии с реализиране на исхемична болест на сърцето/, мозък, бъбреци, артерии на крайници, артерии на очите, като прогресията на увреждането на сърцето и съдовата система **може** да доведе до внезапна сърдечна смърт, както и че при всички случаи на смъртен изход и при липса на аутопсия се посочва като диагноза **„остра сърдечна и дихателна недостатъчност“**, а в много висок процент от случаите при внезапна сърдечна смърт причина за това е острата „исхемична болест на сърцето“ /ИБС/. Налице е разлика между заболяванията **„артериална хипертония“** и **ИБС**, като първото е в причинна връзка със заболяването **ХБС**.

Въззивният съд съобрази обстоятелството, че при подписване на декларацията – заявление за застраховане и отбелязвайки с тик върху предварително представена ѝ от застрахователя бланка декларираните обстоятелства, В. С.а е декларирала през застрахователя, че **през последните 5 години** /11.03.2013 г. – 11.03.2019 г. / **не е боледувала, лекувана и хоспитализирана** вследствие на злополука или заболяване, както и **не е била лекувана** от високо кръвно налягане, сърдечни атаки или заболявания, както от каквото и да е хронично заболяване. При съобразяване на начина на формулиране на важните за застрахователя обстоятелства относно здравния статус на застрахованото лице, съдът приема, че преценката на лице ли е съзнателно неточно декларирано или премълчано обстоятелство от страна на застрахованото лице следва да бъде ограничена за посочения от застрахователя период във връзка с посочените симптоми и заболявания. При съобразяване на събраните по делото доказателства относно здравния статус на В. С.а **през последните 5 години** преди сключване на договора за застраховка, въззивният съд приема, че от страна на застрахователя не се доказва наличие на съзнателно неточно декларирано или премълчано обстоятелство от страна на застрахованото лице. По делото не се събраха доказателства през периода от 2011 г. до м. XI 2019 г. В. С.а да е имала оплаквания, да е търсила лекарска помощ във връзка с посочените по-горе хронични сърдечни заболявания, на същата да е предписвано медикаментозно лечение за високо кръвно налягане или да е хоспитализирана, като безспорно по делото се установява, че за първи път след 2011 г. стойности на високо кръвно налягане при същата са установени от личния ѝ лекар д-р Г. и от кардиолога д-р Я. през м. XI 2019 г. – 280/100, когато в медицинските документи е отразена диагноза **ХБС** на фона на заболяване „неуточнена вирусна инфекция“. Безспорно се установи по делото, че през м. XII 2019 г., м. I и м. II 2020 г. при контролните прегледи при личния ѝ лекар В. С.а не е съобщила за оплаквания, установени са нормални стойности на кръвното ѝ налягане 140/80 и на същата не е предписано медикаментозно лечение за хроничното заболяване. Безспорно се установи по делото също, че без да има нови оплаквания във връзка с кръвното си налягане В. С.а е починала внезапно на 16.06.2020 г., близките ѝ не са поискали извършване на аутопсия и по тази причина личният ѝ лекар д-р Г. е вписала като причина за смъртта ѝ в съобщението за смърт **„остра**

сърдечна и дихателна недостатъчност“ в резултат на **ХСБ** с давност от 15 години. При тези доказателства и съобразявайки съдържанието на предоставената от застрахователя на застрахованото лице бланка на заявление - декларация относно обстоятелства важни за застрахователя въззивният съд приема, че декларирайки, че **през последните 5 години не е боледувала, лекувана и хоспитализирана** поради високо кръвно налягане, сърдечни атаки или заболявания или друго хронично заболяване, застрахованото лице В. С.а добросъвестно е отговорила относно съществуването на посочените като важни за застрахователя обстоятелства за конкретен период от време и доколкото застрахователят не е поставил като въпроси дали лицето изобщо някога е било диагностицирано от конкретно посочени хронични заболявания, не може да се направи обоснован извод за съзнателно неточно декларирани или премълчани обстоятелства от страна на застрахованото лице във връзка със здравословното ѝ състояние, обосноваващи отказ на застрахователя да изплати обезщетение при условията на т. 3.2.22 от ОУ към застрахователния договор, неразделна част от него.

С оглед събраните по делото доказателства въззивният съд приема също, че с оглед липсата на аутопсия на застрахованото лице В. С.а и липсата на доказателства за регистрирани стойности на високо кръвно налягане в последните 6 месеца преди смъртта ѝ, независимо от поставената ѝ диагноза през м. XI 2019 г. - **ХБС** липсва доказана безспорна пряка причинна връзка между смъртта на застрахованото лице и хроничното заболяване **„артериална хипертония“**. Дори да се приеме, че смъртта на застрахованото лице В. С.а е настъпила в резултат на хроничното заболяване **„артериална хипертония“**, за което с оглед заключението на СМЕ може да се направи само обосновано предположение, то с оглед добросъвестно деклариране от застрахованото лице на обстоятелствата за последните 5 години преди сключване на застрахователния договор така както са посочени от застрахователя, въззивният съд приема, че застрахователят не може да откаже пълно изплащане на застрахователното обезщетение при условията на чл. 363 ал. 4 изр. 1 от КЗ. Въззивният съд съобрази цитираната от въззивника съдебна практика на ВКС относно застрахователни обезщетения свързани с МПС, възприема същата, но намира, че въз основа на прилагането ѝ не би могъл да достигне до други правни изводи при преценка на събраните в конкретното производство доказателства.

Налице са основанията на чл. 383 ал. 3 вр. 1 от КЗ и искът на наследниците на В. С.а за заплащане на застрахователно обезщетение в размер на непогасената част от кредита в размер на **6 067,87 лв.** от въззивния застраховател в полза на въззвиваемата Банка – кредитор по договора за кредит, прекратен със смъртта на застрахованото лице се явява доказан по

основание и размер и следва да бъде уважен.

При тези правни изводи, въззивният съд приема, че като е уважил предявения иск с правно основание чл. 383 ал. 3 вр. ал. 1 от КЗ за сумата от **6 067,87 лв.**, ведно със законната лихва върху тази сума, считано от датата на подаване на ИМ до окончателното ѝ заплащане, Левчанския РС е постановил правилно и законосъобразно решение, което следва да бъде потвърдено.

С оглед изхода на делото в полза на пълномощника на въззиваемите адвокат Р.Р. следва да се определи адвокатско възнаграждение по чл. 38 от ЗА в размер на **633,40 лв.**

Водим от горното, Окръжният съд

РЕШИ:

ПОТВЪРЖДАВА решение № 260046 от 09.09.2021 г., поправено с № 260047 от 10.09.2021 г., постановени по гр.д. № 559/2020 г. на Левчанския районен съд **в обжалваната част**, в която по иск на С.А.С. А.С.А. и Н.С.А., в качеството им на наследници на В.Й. С.а, б.ж. на гр. ** починала на 16.06.2020 г. Левчанския районен съд е осъдил „*****“ АД, гр. София, ЕИК ***** да заплати на „ПЪРВА ИНВЕСТИЦИОННА БАНКА“ АД, гр. София, ЕИК ***** сумата от **6 067,86 лв.**, представляваща застрахователно обезщетение, ведно със законната лихва върху тази сума, считано от датата на подаване на ИМ – 05.10.2020 г. до окончателно изплащане на сумата и е присъдил разноски по делото.

ОСЪЖДА на основание чл. 38 от ЗА ЗД „*****“ АД, гр. София, ЕИК ***** , представляван от изпълнителния директор Н.Б. и прокуриста Ц.К. да **ЗАПЛАТИ** на адвокат Р. Н. Р. от ПлАС, с адрес: гр. ** ул. „**** сумата от **633,40 лв.** за адвокатско възнаграждение пред въззивната инстанция.

РЕШЕНИЕТО подлежи на касационно обжалване пред ВКС на РБ в едномесечен срок от съобщаването му на страните при условията на чл. 280 ал. 3 т. 1 от ГПК, с касационна жалба.

Председател: _____

Членове:

1. _____

2. _____