

РЕШЕНИЕ

№ 19269

гр. София, 23.11.2023 г.

В ИМЕТО НА НАРОДА

СОФИЙСКИ РАЙОНЕН СЪД, 53 СЪСТАВ, в публично заседание на осемнадесети октомври през две хиляди двадесет и трета година в следния състав:

Председател: КОНСТАНТИН АЛ. КУНЧЕВ

при участието на секретаря БИЛЯНА ЕМ. ПЕТРОВА
като разгледа докладваното от КОНСТАНТИН АЛ. КУНЧЕВ Гражданско дело № 20231110115265 по описа за 2023 година

Производството е образувано по подадена искова молба, с вх. №81676/24.03.2023 г. по описа на Софийския районен съд от П. С. С., с ЕГН *****, с постоянен адрес гр. София, ж.к. Люлин 140, ет.4, ап. 16, с която е предявен осъдителен иск с правно основание чл. 459, вр. чл. 441, ал. 2, вр. чл. 448, ал. 1 от Кодекса за застраховането, срещу „.....“ АД, с ЕИК, със седалище и адрес на управление: гр. София, п.к. 1407, р-н Лозенец, бул. „Черни връх“ №51Д, за заплащане на сумата от 2259.07 лева, от която: сумата от 1 963 лева, представляваща направени разходи по фактура № 0000034713/15.01.2021г., фактура № 300003155/20.01.2021г. и фактура № 3000003145/15.01.2021г. за здравни услуги и във връзка с оказването на медицинска помощ и избор на екип за операция на 12.01.2021г. в качеството ѝ на застраховано лице по сключен договор за групова застраховка „злополука и заболяване“ по полица № 3000100385/16.09.2021г., ведно със законната лихва за забава, считано от датата на предявяване на исковата молба до окончателното изплащане на вземането и сумата от 295.47 лева, представляваща обезщетение за временна неработоспособност за периода от 12.01.2021г. до 14.02.2021г. съгласно болничен лист № E20201851260 от 15.01.2021г. и болничен лист № E 20210131029, издаден на 15.02.2021г. за периода от 15.02.2021г. до 16.03.2021г.

Като евентуален ответник се сочи „.....“ АД, ЕИК, със седалище и адрес на управление: гр. София, бул. „Княз Александър Дондуков“ №68, по отношение на което се предявява същата претенция.

В исковата молба се посочва, че ищецът П. С. С. е служител в Софийска районна

прокуратура, съгласно допълнително споразумение №РД 08-1778/18.04.2022г. към трудов договор № 30/19.09.1989г. на длъжност съдебен деловодител.

На 06.11.2017г. с договор за обществена поръчка № ВСС-14770-06.11.2017г., между ВСС и „.....“ АД бил сключен договор за групов застраховка „Злополука“ със срок на действие от 00:00 часа на 01.01.2018г. до 24:00 часа на 31.12.2020г. за магистрати и съдебни служители.

Ищцата посочва, че впоследствие бил сключен нов договор за групов застраховка „злополука и заболяване“, полица № 3000100385/16.09.2021г. със застрахователно дружество „.....“ АД, ЕИК....., който е със срок на действие от 00:00 часа на 01.01.2021г. до 24 часа на 31.12.2023г.

Посочва още, че с двете ответни юридически лица, съществували валидни облигационни отношения, които произтичали от гореописаните договори за застраховка, по силата на които ответниците са поели задължението да заплатят обезщетение при настъпването на застрахователното събитие.

Поддържа, че в края на 2019г. получила силна анемия, поради което през цялата 2020г. се лекувала от установеното заболяване, посещавала различни специалисти.

На 28.12.2020г. след получен кръвоизлив посетила болница „Надежда“, където било установено, че се налага спешна операция за отстраняване на матката.

На 12.01.2021г. постъпила в болницата, където била извършена необходимата интервенция. Били и издадени и два последователни болнични листа за временна неработоспособност за периода от 12.01.2021г. до 14.02.2021г. съответно болничен лист № Е20201851260 от 15.01.2021г. и болничен лист № Е20210131029, издаден на 15.02.2021г. за периода от 15.02.2021г. до 16.03.2021г., като през този период била на домашно лечение.

Сочи, че съгласно раздел II, член 7, точка 4 от договор между ВСС и „.....“ АД, при настъпила временна неработоспособност, застрахователят се задължава да заплати като обезщетение сума, равняваща се на 10 % от brutния размер на дневното трудово възнаграждение, за всеки ден в неработоспособност над 8-мия ден до 120-тия ден, което правило важи и според общите условия в договора с „.....“ АД.

Поддържа, че заявила претенция № 6543 за изплащане на обезщетение за временна загуба на работоспособност от общо заболяване, дневни пари за болничен престой и възстановяване на медицински разходи по групов застраховка „Злополука и Заболяване“ полица № 3000100385/16.09.2021г., като с изх. № 2947/13.05.2022г. получила уведомление от „.....“ АД, с което отказват изплащане на застрахователно обезщетение, тъй като не е диагностицирано за първи път в срока на застраховката, а е резултат на съществуващи преди договора състояния.

Твърди, че в случая е налице ексцес за пострадалия, в който случай възниква ново вземане за обезщетение, различно от първоначално предявеното, което произтича от новото състояние на пострадалия, свързано с появата на ново страдание и/или съществено утежняване на старите страдания, което (ново състояние) се отклонява съществено от

прогнозата при определяне на първоначалното обезщетение.

Посочва, че е отправила претенция и към евентуалния ответник „.....“, който също е отказал изплащане на застрахователно обезщетение по преписка № 211164594 за сума в размер на 1963,60 лв. за извършени разходи извън обхвата на периода, посочен в застрахователното покритие по договора, като изплатил сума в размер на 188 лева, която е заявена за период, попадащ в застрахователното покритие на договор с начална дата от 00:00 часа на 01.01.2018г. и крайна дата до 24 часа на 31.12.2020г.

В срока по чл. 131 от ГПК е постъпил отговор на исковата молба, с вх. №157261/05.06.2023 г. по описа на СРС, подаден от главния ответник „.....” АД, чрез процесуалния представител на дружеството - юрк. Димитър Димов.

Ответникът оспорва изцяло предявената искова претенция за изплащане на застрахователно обезщетение – по основание и размер, като същите били недължими, защото липсва основание (както по договора за обществена поръчка № ВСС 13165/16.09.2021г., така и по застрахователна полица № 3000100385/ 16.09.2021г. и общите условия по нея за злополука и заболяване) за заплащане на застрахователното обезщетение.

Ответникът посочва, че съгласно събраната медицинска документация и в частност представения Амбулаторен лист за първичен преглед № 00132 от 20.10.2020г. на г-жа С. бил извършен преглед от д-р Бойка Живкова, като била поставена основна диагноза с МКБ №92.0 – „Обилна и честа менструация с редовен цикъл“, установени били и придружаващи заболявания и усложнения, а именно МКБ D25.1 – „Интрамурален лейомиом на матката“ и МКБ №84.0 – „Обс. Полип на тялото на матката“. В цитирания амбулаторен лист било установено и интрамурален миомен възел в размер на 30 мм.

Ответникът твърди, че съгласно Епикриза ИЗ 403/2021г., издадена от МБАЛ „Надежда“ – гр. София, г-жа С. била постъпила за оперативна интервенция на 12.01.2021г. с поставена окончателна диагноза МКБ D25.1 – „Интрамурален лейомиом на матката“, при проведената интервенция подробно било описано, че е налице интрамурален миомен възел с големина 3 см., който пряко си кореспондирал с установеният при преглед на 20.10.2020г.

Ответникът посочва, че при извършена проверка на приложената медицинска документация и на основание цитираната разпоредба в т.10.11 от Раздел V от Общите условия на договор за „Злополука и заболяване“ към застрахователна полица № 3000100385/16.09.2021г., сключен въз основа на Договор за обществена поръчка с възложителя ВСС с № ВСС-13165/16.09.2021г. и „.....“ АД с валидност от 01.01.2021г. до 31.12.2023г. **напълно законосъобразно бил отказал изплащане на застрахователното обезщетение, поради липса на основание за такова.**

Тъй като в посочената разпоредба е предвидено, че застрахователните рискове и последиците от тях не се покриват в случаите, когато събитието е причинено или е резултат от съществуващи преди договора състояния или заболявания, включително и хронични заболявания, диагностицирани преди сключването на договора“.

Ответното дружество сочи, че е изпълнило задължението си като е изпратило писмо с

изх. № 2384/10.03.2022г. и изх. № 2-947/13.05.2022г., които съдържали мотивиран отказ за заплащане на застрахователното обезщетение поради непокрит по застрахователния договор и общите условия към него застрахователен риск или липса на каквото и да е основание за изплащане на застрахователно обезщетение за: временна неработоспособност, за възстановяване на медицински разходи, както и за изплащане на обезщетение за болничен престой.

Ответникът оспорва и претендираната законна лихва по всяка от претенциите за изплащане на застрахователно обезщетение, съответно присъждане на суми по настоящото съдебно производство.

В срока по чл. 131 от ГПК е постъпил отговор на исковата молба, с вх. №146669/25.05.2023г. по описа на СРС, подаден от евентуалния ответник „.....“ АД, чрез пълномощника – гл.юрк. Мануела Манолова.

С отговора евентуалният ответник оспорва исковите както по основание, така и по размер.

Посочва, че исковите на г-жа П. С. С. срещу „.....“ АД са базирани на Договор за обществена поръчка №ВСС-14770-06.11.2017г., който бил с период на застрахователно покритие от 00:00 часа на 01.01.2018г. до 24:00 часа на 31.12.2020г.

Ответникът оспорва, че медицинските разходи, формиращи част главницата на исковата молба срещу „.....“ АД в размер на 1963.00 лева за операция са били осъществени в срока на действие на посочения застрахователен договор и че подлежат на обезщетяване от застрахователя.

Твърди , че видно от фактурите, които са приложени към исковата молба, а именно: №3145/15.01.21г. за сумата от 41.30 лева, № 34713/15.01.2021г. за сумата от 1900 лева, № 3155/20.01.2021г. за сумата от 22.30 лева, всички разходи за ищцата са реализирани през 2021г., когато договорът с „.....“ АД бил вече прекратен.

Твърди още, че застрахователят е отказал плащане на г-жа С., защото видно от приложената епикриза ИЗ:403/2021г., проведеното стационарно лечение било осъществено през периода 12.01.2021г. до 15.01.2021г., а то било вече извън периода на застрахователното покритие по договора за застраховак с „.....“ АД.

Поддържа, че претенцията за 295.47 лв., представляваща обезщетение за временна неработоспособност след 8-мия ден за периода от 12.01.2021г. до 14.02.2021г. съгласно болничен лист № Е20201851260/15.01.2021г. и болничен лист № Е20210131029/15.02.2021г. за периода 15.02.21г. до 16.03.21г. също била неоснователно предявена към „.....“ АД, защото временната неработоспособност била настъпила след изтичането на този договор.

Ответникът „.....“ АД поддържа още, че в т.114 от общите условия към договора, обезщетение за временна неработоспособност се заплаща само един път в рамките на действие на един застрахователен период – от 00:00 часа на 01.01.2018г. до 24:00 часа на 31.12.2020г., а по конкретния договор, това вече е сторено от страна на „Дженерали

Застраховане“ АД по образувана преписка № 211164594 било извършено плащане в общ размер на 188.00 лева от 15.04.2022г. към ищцата г-жа С., но то било свързано с реализиран риск временна неработоспособност, поради заболяване „остър салпингит и оофорит“ за 24 дни – 170.00 лева и за болничен престой в периода 11.12.2019г.-16.12.2019г., 5 дни – 18.00 лева

При условията на евентуалност твърди, че състоянието на ищцата е хронично, което представлява изключителен риск съгласно т.9.11 от общите условия към договора.

Ответната страна „.....“ АД прави искане за изслушване на съдебно-счетоводно и съдебно-медицинска експертиза.

Претендира разноски и юрисконсултско възнаграждение.

Съдът, като взе предвид доводите на страните и доказателствата по делото намира за установено от фактическа и правна страна следното:

По делото не се спори, а и от събраните писмени доказателства се установява, че между Висшия съдебен съвет и евентуалния ответник „.....” АД е сключен договор за обществена поръчка № ВСС-14770/06.11.2011г., с който е сключена **групова застраховка „Злополука“** за магистрати и съдебни служители, **със срок на действие от 00:00 часа на 01.01.2018г. до 24 часа на 31.12.2020г.**

По делото не се спори, а и от събраните писмени доказателства се установява, че между Висшия съдебен съвет и главния ответник „.....” АД е сключен договор за **групова застраховка „злополука и заболяване“**, полица № 3000100385/16.09.2021г., **със срок на действие от 00:00 часа на 01.01.2021г. до 24 часа на 31.12.2023г.**

Съгласно раздел II, чл. 7 т.4 от договора между ВСС и „.....“ АД, се покрива риска „Временна неработоспособност вследствие на заболяване“, като застрахователят се задължава да заплати като обезщетение сума, развняваща се на 10 % от brutния размер на дневното трудово възнаграждение, за всеки ден в неработоспособност над 8-мия ден до 120-тия ден.

Съгласно сключения договор с „.....“ АД по **раздел II от „допълнително покритие“ в т. 4** е налице покрит риск – **възстановяване на суми за медицински разходи с лимит до 3000 лв. с ДДС;**

Установено е, че застрахованото лице се е лекувало **от анемичен синдром**, като са му били извършени прегледи с цел диагностициране и установяване на заболяването през 2020г., **съгласно амбулаторен лист № 001132/20.10.2020г.**

По делото е установено, че в края на 2019г. ищцата получила силна анемия, поради което през цялата 2020г. се лекувала от установеното заболяване, видно от Епикриза за периода от 03.12.2019г. до 06.09.2019г. и епикриза за периода от 11.12.2019г. до

16.12.2019г.

Към момента на установената анемия през 2019г., евентуалният ответник по иска и застраховател в този период - „.....“ АД е заплатил застрахователно обезщетение в размер на 188.00 лева, то било свързано с реализиран риск временна неработоспособност, поради заболяване „остър салпингит и оофорит“ за 24 дни – 170.00 лева и за болничен престой в периода 11.12.2019г.-16.12.2019г., 5 дни – 18.00 лева . Към този момент не е имало данни за влошаване състоянието на ищцата, както и необходимост от извършване на интервенция.

Видно от представения по делото (на лист 58 от делото), **Амбулаторен лист за първичен преглед № 00132 от 20.10.2020г. на г-жа С. бил извършен преглед от д-р Бойка Живкова, като била поставена основна диагноза с МКБ №92.0 – „Обилна и честа менструация с редовен цикъл“,** установени били и придружаващи заболявания и усложнения, а именно МКБ D25.1 – **„Интрамурален лейомиом на матката“ и МКБ №84.0 – „Обс. Полип на тялото на матката“.** В цитирания амбулаторен лист било установено и интрамурален миомен възел в размер на 30 мм.

На **04.01.2021г. състоянието на ищцата се влошило** ищцата е посетила по спешност с обилно генитално кървене в Болница „Надежда“, било установено, **че се налага да бъде извършена спешна операция за премахване на матката, видно от епикриза по делото ИЗ 403/2021г, на лист 45 от делото.**

Видно от представената епикриза по делото ИЗ 403/2021г. става ясно, че ищцата е претърпяла **хирургическа интервенция на 12.01.2021г.** и е ползвала отпуск поради временна неработоспособност.

За извършената интервенция, ищцата заплатила **медицински разходи** в общ размер на **1963.00 лева**, видно от представените писмени доказателства: фактура № № 0000034713/15.01.2021г., фактура № 300003155/20.01.2021г. и фактура № 3000003145/15.01.2021г.

Ищцата е била във временна неработоспособност за периода от **12.01.2021г. до 14.02.2021г.**, съгласно болничен лист № E20201851260 от 15.01.2021г. и болничен лист № E 20210131029, издаден на 15.02.2021г. за периода от **15.02.2021г. до 16.03.2021г.**

Ищцата С. подала до „.....“ АД, Уведомление-претенция, с **вх. №6543** за изплащане на обезщетение за временна загуба на работоспособност от общо заболяване, дневни пари за болничен престой и възстановяване на медицински разходи по групова застраховка „Злополука и Заболяване“, полица № 3000100385/01.01.2021г., видно от уведомлението на ответника с изх. № 2947/**13.05.2022г.** се отказва да се изплати застрахователно обезщетение.

Ищцата подала и до „.....“ АД, писмено искане за заплащане на застрахователното обезщетение, с което е образувана преписка № 211164594. Ответникът е постановил отказ за удовлетворение на претенцията на ищца, видно от представеното писмо с изх. № **310003954/18.04.2022г.**

Тези обстоятелства са за обявени за безспорни с проекта за доклад по делото, инкорпориран в Определение от 01.08.2023 г. на съда, като доклада без възражения от страните е обявен за окончателен в съдебно заседание на 18.10.2023 г.

-

По иск с правно основание чл. 459, вр. с чл. 441, ал. 2, вр. с чл.448 от КЗ срещу

„.....” АД съдът намира следното:

Законодателят е регламентирал възможност за сключване на застраховки, които са свързани с личността на застрахования. Една от тях е застраховката "Злополука", намираща своята законова уредба в чл. 459, ал. 1 от КЗ и е свързана пряко със събития, свързани с живота, здравето или телесната цялост на физическо лице, което може да бъде застрахования или трето лице. Тя може да бъде с покритие за случай на смърт или за други рискове, които се покриват от застрахователния договор.

В случая застрахованият – Висшият съдебен съвет /ВСС/ сключва договор с „.....” АД застрахова на всички служители и магистрати работещи в съдебната система. В този случай не е необходимо договорът да съдържа имената и адресите на застрахованите лица, ако те са определени по друг недвусмислен начин, включително чрез посочване на определено тяхно качество. Следователно е налице групова застраховка Злополука.

Съгласно разпоредбата на чл. 448 от КЗ, при настъпване на застрахователно събитие или на определените в договора условия по застраховка „Злополука“ застрахователят е длъжен да заплати застрахователната сума или частта от нея, определена в застрахователния договор.

За да уважи предявения иск, съдът следва да установи, че е налице сключен застрахователен договор, че договорът за групова застраховка има действие по отношение на ищеца, както и че е възникнало застрахователно събитие, т.е. настъпил е покрит риск в периода на застрахователното покритие /съгласно легалната дефиниция на понятието „застрахователно събитие”, дадена в пар. 1 т. 4 от Допълнителните разпоредби на КЗ/.

В тежест на застрахователят е да докаже наличие на изключен застрахователен риск, на който се позовава в отговора на исковата молба.

Безспорно от събраните по делото доказателства се установява, че между Висшия съдебен съвет и главния ответник „.....” АД е сключен договор за групова застраховка „злополука и заболяване“, полица № 3000100385/16.09.2021г., със срок на действие **от 00:00 часа на 01.01.2021г. до 24 часа на 31.12.2023г.**

Ищцата П. С. С. има качеството на застраховано лице, тъй като изпълнявала длъжността „деловодител“ в **Софийска районна прокуратура** в процесния период, както и че настъпилото застрахователно събитие е в срока на действие на застрахователния договор – извършена е оперативна интервенция на ищеца на 12.01.2021г.

От представената епикриза по делото ИЗ 403/2021г. става ясно, че ищцата е **претърпяла хирургическа интервенция на 12.01.2021г.**, като е заплатила медицински разходи **в общ размер на 1963.00 лева.**

Също се установи, че е ползвала отпуск поради временна неработоспособност за периода от 12.01.2021г. до 14.02.2021г., съгласно болничен лист № Е20201851260 от 15.01.2021г. и болничен лист № Е 20210131029, издаден на 15.02.2021г. за периода от 15.02.2021г. до 16.03.2021г.

Следователно има настъпил застрахователен риск по време на действие на договора с главния ответник „.....” АД.

По възражението на ответника, че заболяването, поради което се е наложила

операцията на 12.01.2021 г. е било съществувало и диагностицирано още на 20.10.2020 г., тоест преди срока на действие на процесния договор, поради което **и на това основание застрахователят не дължал обезщетение съдът намира следното:**

Съгласно разпоредбата на т.10.11 от Раздел V от Общите условия на договора за групова застраховка – „застрахователните рискове и последиците от тях не се покриват в случаите, когато събитието е **причинено или е резултат** от съществуващи преди договора състояния или заболявания, включително и хронични заболявания, **диагностицирани преди сключването на договора**“.

По отношение на тази клауза в договора съдът намира за нужно да отбележи следното:

Договорът за групово застраховане е на 16.09.2021 г. сключен между ВСС и „.....” АД, като ВСС е застраховащ в полза на трети лица служителите и магистратите и младши магистрати, работещи в съдебната система, ВСС и НИП. Посочените определяем кръг физически лица, са ползватели на застрахователна услуга и имат право да търсят обезщетение при настъпил риск, свързан със техния живот, здраве и работоспособност, при условията на сключения договор и общите условия към него. **Застрахованите лица се явяват потребители на застрахователната услуга и съответно се ползват с потребителската защита предвидена в ЗЗП**, тъй като притежават качеството потребител.

В чл. 2 на договора застрахователят се е задължил да поеме определените в Раздел II рискове срещу заплащане на застрахователна премия и при настъпване на застрахователно събитие да заплати на застрахованите лица застрахователно обезщетение.

Съгласно чл. 3 страните по договора за обществена поръчка са се договорили, че ОУ са неразделна част от договора, **но при несъответствие между застрахователния договор и ОУ има сила уговореното в договора и неразделните му части, включително и техническата спецификация/Приложение № 1 към договора/**.

В договора за обществена поръчка са посочени всички покрити застрахователни рискове, посочени са дължимите застрахователни обезщетения при настъпването на застрахователно събитие, права и задължения на страните и др. В този смисъл временна неработоспособност от заболяване включително акутно заболяване и медицински разходи в следствие на заболяване са покрити рискове и са дефинирани изрично в чл. 7 , т. 4 и 5 от договора.

В чл. 64 от договора е ремонтирано, че при противоречие между различни разпоредби и условия, съдържащи се в договора и приложенията, се прилагат следните правила:

1. специалните разпоредби имат предимство пред общите разпоредби;
2. разпоредбите на приложенията/с **изключение на ОУ**/имат предимство пред разпоредбите на договора;
3. предложението за изпълнение и **разпоредбите на договора имат предимство пред ОУ**.

Тълкувайки уговореното между страните по договора за обществена поръчка се

налага извод, че разпоредби от ОУ са приложими само ако няма несъответствие между тях и клаузи в договора за обществена поръчка, а при констатирано противоречие между различни разпоредби и условия в договора, приложенията и Общите условия, **ОУ нямат приоритетно приложение, тъй като тяхното приложение е изключено винаги когато друге е предвидено в договора, техническата спецификация или предложението за изпълнение..**

В т. 2 от техническата спецификация, представляваща Приложение № 1 към договора /служебно известна и достъпна на <https://vss.justice.bg/page/view/107344> /, изрично е посочено, че при застраховането не се вземат предвид възрастта, здравословното състояние и други обстоятелства на застрахованите лица.

В т.1 до т.4 от Предложението за изпълнение на поръчката/служебно известно и достъпна на <https://vss.justice.bg/page/view/107344> /, подписано от ответника, представляващо Приложение № 2 към договора, застрахователят е декларирал, че е запознат с техническата спецификация, като приема същата без възражения и декларира готовност да изпълни поръчката качествено и в пълно съответствие с изискванията в техническата спецификация.

В техническата спецификация, в т. 6.2.4 като покрит риск е посочена медицински разходи до 3000 лв., без ограничения и условия, относими към настъпването на застрахователното събитие и основанията за изплащане на застрахователно обезщетение. В т. 9 на техническата спецификация са дадени дефиниции за целите на обществената поръчка, включително и дефиниция на " заболяване 9.5. и акутно заболяване 9.6", без условия относими към вида заболяване, момента на диагностицирането му и др.

Напротив изрично е посочено, че акутно заболяване представлява всяко състояние изискващо спешна помощ попада в тези хипотези, каквото е и настоящата хипотеза точно – обилно кръвотечение предизвикало необходимост от спешен прием в болница.

В допълнение следва да се посочи, че разпоредба на т.10.11 от Раздел V от Общите условия, изрично е посочено, **че не се прилага ако в договора е уговорено друго.**

Съдът приема, че в договора е уговорено друго, което изключва приложеното на тази разпоредба. **В този смисъл изрично при идентичен договор** е и константната съдебна практика - Решение № 163 от 2.07.2021 г. по в. гр. д. № 732/2021 г. на ОС - Бургас, което не е допуснато до касационно обжалване с Определение № 50674 от 19.12.2022 г. по т. д. № 2671/2021 г., I т. о. на ВКС

Предвид изложеното се налага извода, че разглежданата разпоредба на т.10.11 от Раздел V от Общите условия на ответника е дерогирана и не намира приложение по настоящото дело, тъй като тя пряко противоречи на ясните цели, декларации и дефиниции в застрахователния договор, техническата спецификация и предложението за изпълнение, които са неразделна част от него.

Дори да се приема, че тази разпоредба не е дерогирана, то същата се явява неправопона, като съображенията на съда за това са следните:

Съгласно чл. 7, ал.3 ГПК съдът следи **служебно за неравноправни клаузи в потребителските договори**. Предвид този основен принцип в ГПК съдът следва да извърши преценка на разпоредбата на т.10.11 от Раздел V от Общите условия на договора за групов застраховка, дали е уговорка във вреда на потребителя, дали отговаря на изискването за добросъвестност и води дали до значително неравновесие между правата и задълженията на търговеца или доставчика и потребителя, което следва от изискванията в чл. 143, ал.1 ЗЗП.

В разпоредбите на чл. 143, т. 1, т. 18 ЗЗП са изброени възможни проявни форми на неравноправни клаузи, като по аргумент от т. 19 на чл. 143 ЗЗП изброяването е примерно, а не изчерпателно. Приравняването на мълчанието на потребителя за "продължаване" на падежа, на съгласие за изменение на договора при по-неблагоприятни условия (начисляване на допълнителни такси, наред с лихвите за забава и с другите дължими суми по договора) е в разрез с разпоредбите на чл. 143, т. 8 вр. т. 8а и т. 13 ЗЗП. **В този смисъл и Решение № 345 от 9.01.2019 г. на ВКС по т. д. № 1768/2018 г., II т. о.**

При сключването на договор по чл. 362, ал.1 КЗ застрахованият е длъжен да съобщи на застрахователя всички известни му обстоятелства, които имат съществено значение за естеството и размера на риска.

Това е от значение за преценката относно степента на риска. Когато се касае за лична застраховка, касаеща живота, здравето и трудоспособността на застрахования, обстоятелства имащи съществено значение са тези, позволяващи на застрахователя да извърши преценка относно здравния статус на застрахования към момента на сключване на договора.

Поради това, законодателят с чл. 362, ал. 2 КЗ е въвел възможността за застрахователя да поставя въпроси на застрахования за съществените обстоятелства; въвел е задължение за застрахования да отговори, когато такива въпроси са поставени; изключил е от класификацията "съществени за риска" тези обстоятелства, за които застрахователят не е поставил въпроси - чл. 362, ал. 2 предл. 1 КЗ.

Прилагането на чл. 362 КЗ е от съществено значение за преценката на застрахователя дали да сключи договор при наличие на посочените от застрахования обстоятелства или не. Законодателят изрично е посочил неблагоприятните за застрахователя последици при сключване на договор въпреки неблагоприятните отговори, неясните такива, липсата на отговори на застрахования.

Хипотетично възниква въпроса, дали вместо прилагането на чл. 362 КЗ, застрахователят би могъл да оповести своите изисквания към застрахования под формата на клауза за изключен застрахователен риск при наличие спрямо застрахования на обстоятелства, имащи характеристиката на съществени по смисъла на чл. 362, ал. 1 КЗ. Въпросът е хипотетичен, защото разпоредбата се съдържа в Дял I на Част IV КЗ т. е. в "Общи изисквания към всички застрахователни договори" и спрямо различните договори биха били налице специфики.

Поради това и преценката на съда се ограничава до предмета на спора, а именно

дали изискванията си спрямо здравословното състояние на застрахования, застрахователят би могъл да включи в клауза имаща значение за покритието на риска. Становището на настоящия съдебен състав по този хипотетичен въпрос е отрицателно. Т. е. преценката относно здравния статус (обстоятелство от съществено значение за риска) на застрахования би следвало да се основава на информация, събрана/установена по реда на чл. 362 КЗ, но не и чрез отрицателна информация към застрахования в смисъл "застрахователят не би изплатили обезщетение ако..".

Дори и в този случай, който е относим **най-вече при груповото застраховане, каквато е и настоящата хипотеза**, обаче, следва да е налице конкретика. Формулировката "застрахователните рискове и последиците от тях не се покриват в случаите, когато събитието е причинено или е резултат от съществуващи преди договора състояния или заболявания, включително и хронични заболявания, диагностицирани преди сключването на договора", може да бъде приложена към всяка причина за настъпване на смърт и увреждане на здравето без да са посочени ясни критерии какво значат тези абстрактни формулировки. По този начин е нарушава и императивното изискване на разпоредбата на чл. 345, ал. 8 КЗ.

По тази причина съдът приема, че макар клаузата да е от основния предмет на договора тя е формулиране на неясен и неразбираем език, нито застрахования, нито застрахования, могат да разберат правните и икономическите последици от тази клауза.

Съдът приема, че клаузата не е индивидуално уговорена, доколкото е в общи условия, към които препраща договора, а в тежест на ответника е да докаже, че е индивидуално уговорена въпреки това, но той не представил доказателства в тази връзка. Не се доказва да са налице и останалите отрицателни предпоставки, поради което клаузата подлежи на проверка за неправомерност.

В случая клаузата на изключения застрахователен риск е твърде широка, формулирана е общо и неясно, като същата не позволява на потребителя да прецени икономическите последици от сключването на договора /чл. 143, ал. 2, т. 19 ЗЗП/.

Съгласно чл. 143, ал. 2, т. 6 ГПК, неправомерна 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 при смърт или заболяване, настъпила **по всяка причина**.

По изложените причини съдът приема, че клауза в застрахователен договор в която обстоятелствата, които са от значение за покритите рискове "Смърт", "Пълна трайна неработоспособност (неработоспособност)" и "Временна нетрудоспособност (неработоспособност)" са формулирани общо в хипотезата на липса на поставени въпроси по чл. 362 КЗ е **неправомерна по смисъла на чл. 143, ал. 2, т. 6 ЗЗП**.

В този смисъл изрично по идентична клауза е **Решение № 60063 от 30.06.2021 г. по т. д. № 351/2020 г., I т. о., Решение № 134 от 14.10.2021 г. по в. гр. д. № 354/2021 г. на ОС**

– Габрово.

На следващо място следва да се разгледа разпоредбата на чл. 448, ал. 8 от КЗ приложима съответно по арг. от чл. 459, ал.4 КЗ, е посочено, **че при предвиждане в договора**, че застрахователят може да откаже плащане или да извърши плащане в намален размер, когато са налице болести, телесни увреждания или заболявания с хроничен характер, които са оказали влияние на увреждането или последиците от него, следващи застрахователното събитие, застрахователят **трябва да докаже основанието за отказа или намаленото плащане.**

Тази разпоредба поставя първо въпроса дали ако има такава разпоредба съдът може да я провери за неравноправност предвид разпоредбата на § 12а. (Нов - ДВ, бр. 18 от 2011 г.) от ДП на ЗЗП, която предвижда, че разпоредбите на глава шеста не се прилагат по отношение на договорни клаузи, които отразяват законови или подзаконови разпоредби или принципи на международни конвенции, в т.ч. в областта на транспорта, по които държавите - членки на Европейския съюз, или Европейският съюз са страна. С тази разпоредба се транспонира разпоредбата на чл. 1, пр.2 от ДИРЕКТИВА 93/13/ЕИО НА СЪВЕТА от 5 април 1993 година относно неравноправните клаузи в потребителските договори, която предвижда, че Договорни условия, които отразяват задължителни законови или подзаконови разпоредби, или принципи на международни конвенции, по които държавите-членки или Общността са страна, по-специално в областта на транспорта, не са предмет на разпоредбите на настоящата директива.

Следва да се посочи, че в първата си част, относима към настоящия спор разпоредбата на чл. 448, ал. 8 от КЗ е диспозитвина по смисъл на практиката на СЕС, тъй като урежда само **възможност** застрахователя да предвиди такава разпоредба, а не императивна в смисъл, че се прилага в отношенията между договарящите страни независимо от волята им или се прилагат по подразбиране, т.е. когато в това отношение между страните не е уговорено друго, поради тази причина разпоредбата на КЗ, не отговаря на изискванията на чл.1 пр. 2 от директивата за изключване на контрола за неравноправност.

В този смисъл изрично задължителното тълкуване на член 1, параграф 2 от Директива 93/13 е направено с **Решение 20 септември 2017 година по дело C-186/16, с което се приема следното:**

29 В този смисъл, за да се установи дали договорна клауза е изключена от приложното поле на Директива 93/13, националният съд трябва да провери дали тази клауза отразява разпоредбите от националното право, които се прилагат в отношенията между договарящите страни независимо от волята им, или които са с допълващ характер и следователно се прилагат по подразбиране, т.е. когато в това отношение между страните не е уговорено друго (вж. в този смисъл решение от 21 март 2013 г., RWE Vertrieb, C-92/11, EU:C:2013:180, т. 26, и от 10 септември 2014 г., Kušionová, C-34/13,

30 В случая, както отбелязва генералният адвокат в точка 59 от заключението си, запитващата юрисдикция следва да прецени с оглед на естеството, общата структура и разпоредбите на съответните договори, както и на правния и фактически контекст, в който те се вписват, дали разглежданата в главното производство клауза, отразява **императивни разпоредби на националното право по смисъла на член 1, параграф 2 от Директива 93/13.**

31 При извършване на тези проверки националната юрисдикция трябва да отчита факта, че с оглед по-специално на целта на посочената директива, а именно защита на потребителите срещу неравноправни клаузи, включени от продавачи или доставчици в сключени с тях договори, **въведеното в член 1, параграф 2 от същата директива изключение трябва да се тълкува стриктно** (вж. в този смисъл решение от 10 септември 2014 г., Kušionová, C-34/13, EU:C:2014:2189, т. 77).

По изложените причини парична разпоредбата на чл. 448, ал. 8 от КЗ, доколкото не е императивна, съгласно тълкуването на СЕС не изключва задължението на съда да провери разпоредбата на т.10.11 от Раздел V от Общите условия за неравноправност.

Съдържание на разпоредбата на чл. 448, ал. 8 от КЗ според съда изисква да се даде отговор и на въпроса дали е възможно предвиждането за отказ или намаляване на плащането при наличие на болести, телесни увреждания или заболявания с хроничен характер, които са оказали влияние за настъпване на застрахователното събитие да е включено в договора, без да е предшествано от спазване на разпоредбите на **чл. 362 -366 и КЗ.**

Следва да се посочи, че същите разпоредби се намират в общата част и са приложими за всички договори, като следва да се посочи, че сходно правило е приложимо и съгласно специалната разпоредба на чл. 454 КЗ, която е приложима по арг. от чл. 459, ал.4 КЗ и при договора за злополука, която предвижда, че **преди сключване на договор** за застраховка "Живот", както и по време на действието на договора **застрахователят има право да получи** подробна и точна информация относно възрастта, пола, здравословното и финансовото състояние на лицето, чиито живот, здраве или телесна цялост са предмет на застраховане. Като отново следва да се припомни, че ответникът по настоящото дело с приемане на техническата спецификация изрично се е отказал от това свое право, поради което и логически няма правно основание да претендира приложимост на изключен риск свързан с здравословното състояние на застрахованите.

С посочените общи и специални разпоредби от страна на законодателя са уредени въпросите относно обявяване на обстоятелства, свързани със застрахователния риск.

В тази връзка следва да се посочи, че за сключване на договори от типа посочен в **чл. 438 КЗ** и чл.459 КЗ **от значение е преценката на риска.** Тя логично се извършва чрез поставяне на въпроси от страна на застрахователя към застрахователя, които са от съществено значение във връзка с предмета на застраховане по конкретния тип договор. При

договорите за застраховка "Живот" тези въпроси е логично да са свързани с здравословното и физическо състояние на застрахования. Отговорите на същите ще дадат основания да се прецени е или не е налице интерес от сключване на договор от процесния тип, а и за определяне на правата и задълженията на страните по него.

В разпоредбите на [чл. 362-366 от КЗ](#) логично от страна на законодателя са предвидени последици за задаващия въпросите и за отговарящия. За съда предвижданията на [чл. 362 и 454 КЗ](#) е единствения начин за оценка на риска и само при спазването им може да се разглежда възможност за включване в договор от процесния тип на предвиждане като е това посочено в [чл. 448, ал. 8 от КЗ](#).

Това води до извод, че включването му в договора от страна на застрахователя, без да е предшествано от въпроси по [чл. 362 и по чл. 454 КЗ](#) поставя съответния потребител на застрахователи услуги в **неравноправно положение по смисъла на [чл. 143, ал. 3, т. 6 от ЗЗП](#)**. В този смисъл константната съдебна Решение № 280 от 7.06.2022 г. на ПАС по в. т. д. № 121/2022 г., което не е допуснато до касационно обжалване с Определение № 728 от 4.10.2023 г. на ВКС по т. д. № 2383/2022 г., I т. о., както и Решение № 25 от 23.01.2023 г. по в. т. д. № 652/2022 г. на ПАС.

Предвид всичко изложено съдът намира, че разпоредбата на т.10.11 от Раздел V от Общите условия на договора за групова застраховка е неравноправна.

Неравноправните клаузи са нищожни и не поражда правно действие, поради което съдът няма право да ги променя, а не следва да ги прилага изобщо, като с оглед настоящото дело съдът приема, **че валидна уговорка, предвиждаща изключен риск не е налице.**

В този смисъл Решение на от 20 април 2023 г по Дело С-263/22. на СЕС, с което се приема, че член 3, параграф 1 и членове 4—6 от Директива 93/13 трябва да се тълкуват в смисъл, че: когато клауза от застрахователен договор относно изключването или ограничаването на покритието на застрахования риск, с която съответният потребител не е могъл да се запознае преди сключването на договора, е квалифицирана като неравноправна от националния съд, този съд трябва да я остави без приложение, така че тя да не поражда задължителни последици за посочения потребител.

На следващо място посочената разпоредба на т.10.11 от Раздел V от Общите условия на договора за групова застраховка противоречи и на чл.460 КЗ, като аргументите на съда са следните:

Съгласно чл. 460, ал. 1 КЗ застрахователят се освобождава от задълженията си по застрахователния договор, ако нараняването, увреждането на телесната цялост, загубата на работоспособността или смъртта са настъпили при съзнателно причиняване на смърт от самия застрахован, в резултат на извършване от застрахования на престъпление от общ характер; при война, военни действия или вследствие на терористичен акт. Съгласно чл. 460, ал 2 КЗ Страните могат да договорят и други изключени рискове.

При всички основания за отказ следва, че тяхното законосъобразно приложение е обусловено от наличието на пряка причинно-следствена връзка между неизпълнението на

конкретното задължение на застрахования и настъпването на застрахователното събитие, неговото установяване от застрахователя, размера на вредите, респ. възможността да бъдат предотвратени вредите от същото или техният размер да бъде намален. Това изискване се извежда по тълкувателен път и от други хипотези на закона - тази по чл. 211, т. 2 КЗ така решение № 49/29.07.2013 г. по т. д. № 840/2012 г. на ВКС, I т. о.; решение № 207/13.01.2017 г. по т. д. № 3394/2015 г. на ВКС, II т. о., и др.

Доказването на пряка причинната връзка /съгласно цитираните решения на ВКС/ е в тежест на застрахователя, като същата не се презюмира, дори и в застрахователния договор или общите условия към него да е предвидено друго, вкл. и, че при конкретно неизпълнение застрахователят може да откаже плащане на обезщетението. Наличието на такава причинна връзка е необходимо както при пълен, така и при частичен отказ за плащане, т. е. намаляване на обезщетението. Не може по договорен път причинната връзка да бъде презюмирана, като същата следва да се докаже в процеса, на основание чл. 154 ГПК, от застрахователя, за да възникне правото застрахователя да откаже плащане на обезщетението. /Така Решение № 167/2017 г. по т. д. № 1655/2015 г. по описа на ВКС, ТК, II т. о., решение № 4 от 21.03.2012 г. на ВКС, ТК, II т. о., решение № 15 от 12.06.2012 г. по т. д. № 454/2011 г. на ВКС, ТК, II т. о., решение № 49 от 29.07.2013 г. по т. д. № 840/2012 г. на ВКС, ТК, I т. о., решение № 185 от 05.03.2014 г. по т. д. № 350/2012 г. на ВКС, ТК, I т. о., решение № 32 от 11.08.2014 г. по т. д. № 1262/2013 г. на ВКС, ТК, II т. о./.

Подобен извод следва и от самото понятие "злополука". Под "злополука" общите условия определят събитие, имащо за резултат медицински установена телесна повреда, която не е причинена съзнателно от застрахования, причинена е по време на срока на специалните условия и е причинена от външни, неконтролируеми от застрахования сили, независимо от всички други условия. По аргумент на противното, за да бъде едно събитие изключение от понятието "злополука" **се изисква съзнателно противоправно поведение на застрахования, което да даде основание даден риск да не бъде приет за "злополука"**. В същия смисъл е дадената от законодателя уредба на понятието "злополука". Тълкуването на текста дава основание да се приеме, че се изисква противоправно поведение на застрахованото лице, което да бъде в причинна връзка с настъпилото застрахователно събитие. По изложението съображения застрахователя, не може да изключва по предвидения от него начин в ОУ.

По изложените причини съдът намира, че разпоредба на т.10.11 от Раздел V от Общите условия на договора за групова застраховка е нищожна като противоречи на чл.363 във вр. с чл. 460 КЗ.

На следващо място съдът приема, че е налице ексцес */влошаване състоянието на лицето, като в конкретния случай се изразява в необходимостта от извършване на спешна интервенция/*, в резултат на който в полза на ищеца е възникнало ново вземане за застрахователно обезщетение.

Върховният касационен съд намира /в решение № 196 от 12.07.2011г.по гр. д. 1724/2009, I V г.о. ГК./, **че при ексцес за пострадалия възниква ново вземане за обезщетение**, различно от първоначално предявеното, което произтича от новото състояние

на пострадалия, свързано с появата на ново страдание и/или съществено утежняване на старите страдания, което (ново състояние) се отклонява съществено от прогнозата при определяне на първоначалното обезщетение. Обезщетението е за новите вреди, които се добавят към вече обезщетените.

Видно от Еликриза ИЗ:403/2021г., заболяването на ищцата е окончателно диагностицирано на 12.01.2021 г. от МБАЛ „Надежда“ - / *Интрамурален лейомиом на матката* /, тоест в срока на действие на процесния договор за групова застраховка. Съдът приема, че изложените по делото данни и доказателства от ищеца не дават основание за заключение за проява на симптоми на заболяването и нужда от оперативни интервенции преди датата, от която действа сключеният застрахователен договор. Липсват индикации и медицински документи, обосноваващи за нужда от извършване на операция на ищцата - преди 01.01.2021 г.(от когато е в сила договорът за застраховка с „.....“ АД). Нещо повече самото **спешно състояние е възникнало на 04.01.2021 г.**, до който момент ищцата е била лекувана съответно по медицинските предписания. Поради тази причина съдът приема, че самото спешно състояние е причина за операцията и то е възникнало по време на действие на договора с ответника.

Върховният касационен съд намира в свое **Решение № 60172 от 22.06.2021г. по гр. д. № 3604/2020г. , IV г.о.**, че съобразно установената съдебна практика, ако здравословното състояние на пострадалия бъде влошено в сравнение със състоянието, при което е присъдено обезщетението /ексцес/, нему се дължи ново обезщетение за самото влошаване. **При ексцес за пострадалия възниква ново вземане за обезщетение, различно от първоначално предявеното, което произтича от новото състояние на пострадалия, свързано с появата на ново страдание и/или съществено утежняване на старите страдания, което се отклонява съществено от прогнозата при определяне на първоначалното обезщетение.**

Според трайната съдебна практика на ВКС: **„Вземането за обезщетение при ексцес възниква и става изискуемо от момента на влошаването.“**

Към момента на влошаването вече е бил в сила сключеният нов договор за групова застраховка „злополука и заболяване“, полица № 3000100385/16.09.2021г. между **ВСС и застрахователно дружество „.....“ АД, ЕИК.....**, който е със срок на действие от **00:00 часа на 01.01.2021г. до 24 часа на 31.12.2023г.**

Предвид всичко изложено съдът намира, че за главния ответник „.....“ АД е **възникнало** посоченото по раздел II от „допълнително покритие“ в т.4 от договора, **задължение да заплати на ищеца обезщетение в размер на реално извършените разходи** за „медицински разходи в резултат на злополука или заболяване“ тъй като съгласно уговореното в Договора - на застрахованото лице се заплащат или възстановяват реално извършените медицински разходи в резултат на злополука или заболяване, както при ползване на услуги при изпълнители, с които Изпълнителят има сключени договори за здравно обслужване, така и при ползване на услуги при изпълнители, с които Изпълнителят няма сключени договори, **до 3000 лева за срока на застраховката.** В случая разходите за операция са доказани по основание и размер и изцяло съответстват на изискванията на договора, поради, което следва да се обезщетят, тъй като са и в рамките на лимита и няма доказани валидни основание за отказ. Предвид изложеното следва да се плати и

обезщетение за временна неработоспособност след 8-мия ден за периода от 12.01.2021г. до 14.02.2021г., ведно със законната лихва върху сумата от датата на подаване на исковата молба – 24.03.2023 г., доколкото същото е покрит застрахователен риск и размерът му и основанието му съответстват на договора.

По тази причина исковете срещу „.....” АД са изцяло основателни и следва да се уважат.

Искът срещу евентуалния ответник „.....“ АД, ЕИК, не следва да се разглежда, тъй като не се е сбъднало процесуалното условие, а това е отхвърляне на иска срещу главния ответника, за да бъде разгледат.

Мотивиран от гореизложеното, Софийският районен съд, 53. състав

РЕШИ:

=

ОСЪЖДА, на основание чл. 459, вр. с чл. 441, ал. 2, вр. с чл. 448, ал. 1 от КЗ, „.....” АД, с ЕИК, със седалище и адрес на управление: гр. София, п.к. 1407, р-н Лозенец, бул. „Черни връх” №51Д, да заплати на П. С. С., с ЕГН, сумата в размер на **1963,60 /хиляда деветстотин шестдесет и три лева и шестдесет стотинки/ лева - представляваща дължимо застрахователно обезщетение за медицински разходи, ведно със законната лихва върху сумата от датата на подаване на исковата молба – 21.03.2023 г. до окончателното ☐ изплащане както и сумата от 295,47 /двеста деветдесет и пет лева и четиридесет и седем стотинки/ лева, представляваща обезщетение за временна неработоспособност след 8-мия ден за периода от 12.01.2021г. до 14.02.2021г. , ведно със законната лихва върху сумата от датата на подаване на исковата молба – 21.03.2023 г.**

ОСЪЖДА, на основание чл. 78, ал. 1 от ГПК, „.....” АД, с ЕИК, със седалище и адрес на управление: гр. София, п.к. 1407, р-н Лозенец, бул. „Черни връх” №51Д, да заплати на П. С. С., с ЕГН, сумата от **650,36 /шестстотин и петдесет лева и тридесет и шест стотинки/ лева** за направените по делото разноси, *от които разноси за адвокатско възнаграждение в размер на 560 лева и 90,36 лева за платена държавна такса по делото.*

РЕШЕНИЕТО подлежи на обжалване с въззивна жалба пред **СОФИЙСКИ ГРАДСКИ СЪД** в **ДВУСЕДМИЧЕН СРОК**, считано от датата на връчването му на страните.

Съдия при Софийски районен съд: _____