

РЕШЕНИЕ

№ 325

гр. София, 16.03.2023 г.

В ИМЕТО НА НАРОДА

АПЕЛАТИВЕН СЪД - СОФИЯ, 1-ВИ ГРАЖДАНСКИ, в публично заседание на шестнадесети февруари през две хиляди двадесет и трета година в следния състав:

Председател: Елизабет Петрова

Членове: Катерина Рачева
Мария Райкинска

при участието на секретаря Росица Й. Вьонг
като разгледа докладваното от Мария Райкинска Въззивно гражданско дело
№ 20221000500915 по описа за 2022 година

Производството е по реда на чл. 258 - чл. 273 ГПК.

С решение № 25/14.01.2022 г. по гр.д. № 259/2020 г. на ОС - Монтана е отхвърлен изцяло предявения от И. Д. И. иск срещу „Групама Животозастраховане“ ЕАД за сумата 18 007.02 евро, равняващи се на 35 218.66 лева, с правно основание чл. 456 КЗ, като неоснователен.

Ищецът И. Д. И. е депозирал въззивна жалба против първоинстанционното решение с твърдения, че същото е незаконосъобразно и е постановено в нарушение на материалния закон и процесуалните правила. Моли да бъде отменено същото, като предявеният иск бъде уважен.

Жалбоподателят твърди, че първоинстанционният съд неправилно приел, че застрахователното събитие настъпила на датата, на която е постановено решение на ТЕЛК, а не на датата на настъпване на заболяването, довело до трайната неработоспособност. Трайната нетрудоспособност настъпвала веднага след появата на заболяването, с оглед неговия характер, а решението на ТЕЛК, с която на жалбоподателя била определена трайна нетрудоспособност от 80% имало само констативно и доказателствено значение. В случая полученият инфаркт настъпил на 11.12.2015 г., а застрахователното покритие било от 05.02.2015 г. до 05.02.2016 г.

На следващо място съдът неправилно приел, че е необходимо погасяване на вноски по кредита, като не съобразил изготвената и приета по делото ССЕ.

Жалбоподателят поддържа още, че първоинстанционният съд не изготвил подробен доклад по делото и не указал на страните обстоятелствата, които са в тяхна доказателствена тежест. Съдът не съобразил и не включил в доклада си въпроса относно валидността на оспорената като нищожна застрахователна клауза от Общите условия на ответника. Това възпрепятствало страните да ангажират всички

необходими доказателства и довело до постановяване на съдебно решение при непълен доклад по делото. Жалбоподателят моли въззивният съд да изготви доклад по делото, да разпредели доказателствената тежест и да даде възможност на страните да ангажират доказателства.

Жалбоподателят въвежда и оплакване, че ОС - Монтана не се произнесъл по валидността на оспорената като нищожна поради неравноправност клауза, а напротив, основал решението си на нея.

„Групама Животозастраховане“ ЕАД е депозирало отговор на въззивната жалба, в който излага доводи за нейната неоснователност.

Съгласно разпоредбата на чл. 269 ГПК въззивният съд се произнася служебно по валидността на решението и по допустимостта – в обжалваната му част, като по останалите въпроси е ограничен от посоченото в жалбата. Следователно относно правилността на първоинстанционното решение въззивният съд е обвързан и следва да се произнесе в рамките на наведените от страните оплаквания, като обаче следва служебно да провери спазването на императивни материалноправни разпоредби, приложими към спора (така т. 1 от тълк. решение № 1/2013г. по тълк.д. № 1/2013 г. на ВКС, ОСГТК).

Настоящият съдебен състав намира, че обжалваното решение е валидно. Във връзка с допустимостта и правилността, като взе предвид наведените във въззивната жалба пороци на атакувания акт и прецени събраните по делото доказателства, намира за установено следното от фактическа и правна страна:

Ищецът И. Д. И. е твърдял в исковата си молба, че между него и „Банка ДСК“ ЕАД е бил сключен Договор за потребителски кредит от 05.02.2015 г., а в същото време между „Банка ДСК“ ЕАД като застраховател и „Групама Животозастраховане“ ЕАД, като застраховател е сключен договор за застраховка „Живот“, свързана с банков кредит, с който е застрахован живота, здравето и телесната цялост на ищеца в качеството му на застрахован. Издаден бил Сертификат № 4005000090764 на застрахованото лице, като посочената в него застрахователна стойност била 20 500 евро, а като покрити рискове били посочени: смърт в резултат на застрахователно събитие и пълна трайна неработоспособност в резултат на застрахователно събитие. Началото на застрахователното събитие било 05.02.2015 г., а срокът на застрахователно покритие – една година.

Ищецът е сочил, че претърпял масивен миокарден инфаркт на 11.12.2015 г. и в тази връзка настъпила 80% трайна нетрудоспособност. Било му издадено Експертно решение № 676/24.02.2016 г. за срок от 2 години. На 01.02.2018 г. бил преосвидетелстван, като с Решение на ТЕЛК № 499/01.02.2018 г. отново му била определена 80% трайно намалена трудоспособност за срок от една година. Същото било потвърдено и с Решение на ТЕЛК № 19/04.02.2019 г. за срок от една година, а след това с Решение на ТЕЛК № 522/05.02.2020 г.

С оглед на горното ищецът предявил претенция пред застрахователя „Групама Животозастраховане“ ЕАД, но становището на застрахователя било, че претенцията е неоснователна. Мотивът му бил, че към 24.02.2016 г. – датата на първото издадено Експертно решение на ТЕЛК, застрахователното покритие било прекратено поради неплатена премия за автоматично продължаване на застрахователното покритие. Позовали се на чл. 8 от Общите условия по застраховка „Живот, свързана с банков кредит“, а именно: „застрахователят не носи отговорност за застрахователни събития, настъпили с лица извън срока на индивидуалното застрахователно покритие.“

Ищецът поддържа, че застрахователното събитие – трайна неработоспособност, е настъпило веднага, след появата на неговото заболяване, с оглед неговия характер,

т.е., на 11.12.2015 г., а не чак на датата на Експертното решение. Поддържа, че клаузата на ОУ, дефинираща датата на настъпване на трайната нетрудоспособност като датата, на която е постановено първото по реда Експертно решение на ТЕЛК, е неравноправна клауза и моли тази неравноправност да бъде установена от съда.

По отношение размера на претенцията си ищецът сочи, че обезщетение му се дължи, съгл. чл. 12 от Общите условия на застрахователя в размер на погасителните вноски по кредита за периода на Експертните решения, а именно от 24.02.2016 г. до 01.02.2022 г., които вноски са в размер на 18 007.02 евро.

Ищецът е искал да бъде осъден ответника да му заплати 18 007.02 евро (равняващи се на 35 218.66 лева), представляваща застрахователно плащане във връзка с настъпването на покрит риск в резултат на настъпило застрахователно събитие.

Ответникът „Групама Животозастраховане“ ЕАД е депозирало отговор на исковата молба, с който оспорва иска. Не е оспорвал, че И. И. е включен в групата на застрахованите лица по Групов застрахователен договор за застраховка „Живот, свързана с банков кредит“ на „Банка ДСК“ ЕАД, с подписания от него Сертификат № 4005000090764 със срок на застрахователно покритие 05.02.2015 г. – 30.06.2016 г. с възможност за автоматично подновяване на застрахователното покритие при заплащане на годишната застрахователна премия за продължаване на срока до 05.02.2016 г. Последното не било сторено от ищеца. Поддържал е, че датата на застрахователното събитие в случая е датата на първото Експертно решение на ТЕЛК – 26.02.2016 г., на която дата вече не е имало застрахователно покритие. Направено е евентуално възражение, че при присъединяването му към застрахованите лица И. И. е укрил съществено за риска обстоятелство, което е в причинна връзка със събитието, довело до настъпване на трайната неработоспособност, поради което застрахователят може да откаже да изплати обезщетение на основание Глава 1, чл. 9, т. 4 от ОУ. Оценката на риска се правела от застрахователя въз основа на попълнен Въпросник-декларация от застрахованото лице. И. И. декларирал, че не е боледувал през последните пет години и към момента на присъединяването от хронично заболяване и не провежда медицинско лечение във връзка с такова, както и че не е боледувал и към момента на боледуването не боледува от следните значими заболявания: сърдечносъдово заболяване или артериосклероза. В случая в Епикризата, издадена от престоя на ищеца в МБАЛ „Х. Ботев“ в гр. Враца било написано, че ищецът е получил остър миокарден инфаркт на фона на Артериална хипертония от 4 години с максимални стойности 140/100 mmHg. От Експертните решения пък било видно, че ищецът страда от Артериална хипертония III степен и хипертонично сърце. Като не декларирал заболяването си ищецът въвел застрахователя в заблуждение за съществено обстоятелство от значение за определяне на риска, при което застрахователят не би присъединил И. И. към групата на застрахованите лица.

Евентуално е направено и възражение, че не е налице покрит застрахователен риск по смисъла на чл. 7 от ОУ. Такъв била *„пълната трайна неработоспособност, медицински удостоверима, вероятно постоянна неспособност на лицето да упражнява каквато и да било дейност през срока на индивидуалното застрахователно покритие като пряк резултат от застрахователното събитие“*. В случая заболяването на ищеца не довело до прекратяване на трудовото му правоотношение, нито го поставило в състояние да не може да полага личен труд за осигуряване на доход. Защото не било достатъчно само да настъпи трайно намаляване на работоспособността на застрахования, а следвало да е налице събитие, което поставя в невъзможност застрахования да полага труд, тъй като покритият риск бил пълна трайна неработоспособност. Изложено е становище за неоснователност на твърденията на ищеца за неравноправност на т. 20 от ОУ.

Пред въззивната инстанция на ищеца са дадени указания за уточняване на исковата молба, а именно да посочи откъде извежда правото си да получи застрахователно обезщетение:

1. Дали твърди, че е трето ползващо се лице според застрахователния договор или
2. Твърди, че макар да не е страна по застрахователния договор, има право да търси лично обезщетението по него, тъй като е платил на банката дължими вноски по кредита при настъпило застрахователно събитие.

Ако не твърди нито една от горните две хипотези, да заяви изрично дали твърди, че упражнява иска на „Банка ДСК“ ЕАД срещу застрахователя за защита на имуществени права на банката, в който случай да заяви дали твърди, че е кредитор на банката с право да иска от нея да предяви правата си по застрахователния договор срещу застрахователя; че непредявяването на иска от банката го уврежда и дали желае застрахователното обезщетение да бъде изплатено на банката.

С молба от 19.07.2022 г. ищецът е внесъл исканите уточнения, като е посочил, че в периода на трайно намалена работоспособност е заплатил 9 600.18 лева по договора за потребителски кредит, като към момента размерът на непогасената сума за вноски по договора е в размер на 25 618.48 лева. Ищецът е заявил още, че за платените 9600.18 лева ищецът претендира лично обезщетение. За посочените непогасени суми е уточнил, че упражнява иска на „Банка ДСК“ ЕАД срещу застрахователя и моли същите да бъдат заплатени на банката. Посочил е, че проявеното от банката бездействие да търси правата си по застрахователния договор уврежда ищеца, доколкото срещу него е образувано изпълнително производство. Той бил кредитор на банката по отношение задължението на кредитната институция да претендира по съдебен ред изплащането на застрахователно обезщетение, а банката бездействала да упражни това свое право.

В съдебно заседание на 17.11.2022 г. ищецът е уточнил, че претендира плащане от ответника по двата предявени иска в евро. Заявил е, че желае сумите, посочени в уточнителната молба от 19.07.2022 г. в лева, да бъдат взети предвид в тяхната еурова равностойност, изчислена по централния курс на БНБ.

Въззивният състав е допуснал направеното уточнение, като предмет на делото, с оглед твърденията на ищеца относно съдържанието на юридическите факти, от които извежда правото си на застрахователно обезщетение и формулирания петитум, са станали иск по чл. 242, ал. 1 КЗ (отм.) за сумата 9600.18 лева в нейната еурова равностойност и иск по чл. 134 ЗЗД за сумата 25 618.48 лева в нейната еурова равностойност. Даден е едномесечен срок на застрахователя да депозира отговор. Такъв е депозиран в дадения едномесечен срок, като са преповторени твърденията и възраженията от първоначалния отговор на исковата молба. Допълнително е изложено становище за недопустимост на изменение на иска пред втората инстанция с предявяването на нов иск за осъждане на ответника да плати определена сума на „Банка ДСК“ ЕАД, тъй като такъв иск пред първата инстанция не бил предявен. Допускането да бъде предявен такъв иск пред втората инстанция нарушавало диспозитивното начало, равенството на страните в процеса, законността и състезателното начало. По същество са направили възражение за изтекла погасителна давност по иска, с който е поискано присъждане на определена сума на „Банка ДСК“ ЕАД.

Неоснователни са възраженията на застрахователя, че е недопустимо предявяването на нов иск пред въззивната инстанция – този с правно основание чл. 134 ЗЗД. По принцип основателно е възражението на ответника, че пред въззивната инстанция не е допустимо да се предявяват нови искове. В случая обаче предявяването на нов иск е само условно, тъй като е следствие от уточняването на една нередовна искова молба и установяването какви искове всъщност предявява ищецът, а въззивният

съд е задължен, ако установи нередовност на исковата молба, да предприеме действия по нейното уточняване. Поправената искова молба се счита предявена на датата, на която е била заведена нередовната искова молба.

Пред първата инстанция са събрани писмени доказателства и са изслушани съдебни експертизи, а пред въззивната инстанция е изслушано заключение на ССЕ.

С Договор за кредит за текущо потребление от 05.02.2015 г. „Банка ДСК“ ЕАД е отпуснала на кредитополучателя И. Д. И. кредит в размер на 20 000 евро със срок на издължаване 120 месеца и месечна вноса в размер на 253.62 евро, с изключение само на първата вноса, която е в размер на 205 евро и на последната, която е в размер на 254.14 евро, видно от приложения погасителен план.

Видно от Епикриза, издадена от отделението по кардиология на МБАЛ „Х. Ботев“, гр. Враца И. Д. И. е приет на 11.12.2015 г. и изписан на 14.12.2015 г. с диагноза *ИБС ОМИ (Исхемична болест на сърцето и остър миокарден инфаркт) със СТ-елевация преден обширен ПКИ+стенг на ЛАД. АХ III степен. Дислипидемия.* Записано е в анамнезата, че заболяването е на фона на Артериална хипертония от 4 г. с максимални стойности 140/100. Лекуван с Престариум 5 мг.

С Експертно решение № 676/24.02.2016 г. И. И. е освидетелстван с 80% трайно намалена работоспособност, считано от 24.02.2016 г. с водеща диагноза „Стар инфаркт на миокарда“. Посочено е, че Артериална хипертония III стадий обуславя 80% трайно намалена работоспособност за срок от две години. Посочено е, че лицето работи като директор финансов център и може да остане на тази работа. Противопоказани са тежък физически труд и нощни смени.

Със следващи експертни решения, съответно № 499/01.02.2018 г., № 457/04.02.2019 г. и № 522/05.02.2020 г., срокът на трайно намалената работоспособност 80% е продължена до 01.02.2022 г.

Видно от Сертификат № 4005000090764 на застраховано лице по Групов застрахователен договор за застраховка „Живот, свързана с банков кредит“ на „Банка ДСК“ ЕАД, И. Д. И. е включен като застрахован във връзка с описания по-горе договор за кредит. Покрити рискове са смърт и пълна трайна неработоспособност, настъпили през срока на застрахователно покритие. Застрахователната сума е 20 500 евро. Началото на индивидуалното застрахователно покритие е от 05.02.2015 г. и е за срок от една година.

Представен е Въпросник-декларация за застраховка „Живот, свързана с банков кредит“, като на всички зададени въпроси И. И. е отговорил с „НЕ“. Два от въпросите са Боледувал ли сте през последните пет години или боледувате ли в момента от хронично заболяване или в момента провеждате ли медицинско лечение във връзка с хронично заболяване или увреждане; Болудувал ли сте или в момента боледувате ли от сърдечносъдово заболяване или артериосклероза.

Видно от Общите условия (ОУ) по застраховка „Живот, свързана с банков кредит“ на „Групама животозастраховане“ ЕАД, Глава 1, чл. 1, т. 10 от ОУ „застрахователно събитие“ е събитие, настъпило със застрахования през срока на индивидуалното му застрахователно покритие, което води до настъпване на покрит риск.

В чл. 6 е конкретизирано, че застрахователното събитие може да бъде злополука или заболяване, настъпили през срока на индивидуалното му застрахователно покритие

Според Глава 1, чл. 1, т. 11 покрит риск е последица от настъпване на застрахователно събитие, определена в условията на застрахователния договор, при настъпването на която застрахователят, съгласно условията на застрахователния

договор извършва застрахователно плащане.

В чл. 7 е конкретизирано, че покрит риск е смърт или пълна трайна неработоспособност.

В Глава 1, чл. 8 са посочени ограничения в отговорността на застрахователя сред които в ал. 3 е предвидено, че Застрахователят се освобождава от задълженията си по договора, ако съществено за риска обстоятелство е обявено неточно или е премълчано и то е в причинно-следствена връзка с настъпването на покрития риск. В Глава 1, чл. 1 е дефинирана „причинно-следствена връзка“ която е налице, когато едно събитие настъпва нормално и обичайно, непосредствено или опосредствано, вследствие настъпването на друго събитие.

В Глава 1 чл. 1, т. 20 застрахователният риск „Пълна трайна неработоспособност“ е дефиниран като медицински удостоверима, вероятно постоянна, над 70% трайна неработоспособност и неспособност на лицето да упражнява каквато и да била дейност чрез полагане на личен труд за осигуряване на доход, настъпила в срока на индивидуалното застрахователно покритие като резултат на застрахователно събитие. Процентът на трайната неработоспособност се удостоверява въз основа на Експертно решение на ТЕЛК/НЕЛК, установяващо процент на трайно намалена работоспособност над 70%. Неспособността на лицето да упражнява каквато и да била дейност чрез полагане на личен труд за осигуряване на доход се установява въз основа на документи, посочени в чл. 13, Глава 2 и други документи, установяващи тази неспособност на лицето (документ за прекратяване на съответното правоотношение – служебно, трудово, граждански договор; документ от НОИ и НАП за осигурителен доход, декларация, че лицето не упражнява каквато и да е дейност за полагане на личен труд за осигуряване на доход).

В чл. 20 е посочено още, че датата на настъпване на трайната нетрудоспособност е датата на постановяване на първото по ред Експертно решение на ТЕЛК/НЕЛК във връзка със същото застрахователно събитие.

В Глава 2, чл. 12 от ОУ е определено застрахователното плащане при пълна трайна неработоспособност по следния начин: когато срокът на постановеното Експертно решение е по-кратък от остатъкът от срока на кредита към датата на настъпване на покрития риск – погасителните вноски по кредита на застрахованото лице за срока на постановеното Експертно решение, но не повече от застрахователната сума (като вноските включват главница и лихви, но не и наказателна лихва). Когато срокът на Експертното решение е пожизнен или изтича след изтичане срока на кредита, застрахователят изплаща остатъка по кредита, включващ главница и лихви, но не и наказателна лихва.

По делото пред първата инстанция е изслушано заключение на ССЕ, изготвено от вещото лице Ц. Р., неоспорено от страните. Според същото, за периода на освидетелстване на ищеца 24.02.2016 г. до 01.02.2022 г. дължимите от него вноски по Договор за текущо потребление от 05.02.2015 г. са от 11.03.2016 г. до 11.02.2022 г. или 71 вноски на стойност 253.62 евро всяка, като общата сума е 18 007.02 евро. Размерът на задълженията му към 08.06.2021 г. според счетоводните книги на банката са 28 513.04 лева главница, 6 267.17 лева законна лихва, 1093.45 лева присъдена лихва, 120 лева такса изпълнителен лист, 933.13 лева съдебни такси и 150 лева юрисконсултско възнаграждение.

Изслушано е и заключение на вещо лице по Трудова медицина – д-р Р. К., също неоспорена от страните. Същият е посочил, че И. И. би могъл да заема длъжност, в която няма нервно-психическо напрежение, нощни смени, тежък физически труд и ако са съобразени условията на труд със здравословното му състояние.

Изслушано е заключение на СМЕ, изготвено от вещото лице Д. Р. М., специалист по вътрешни болести и кардиология. Според представените по делото медицински документи вещото лице е установило, че И. И. страда от артериална хипертония от около 4 г. преди получаването на миокардния инфаркт, т.е., от 2011 г. Установената артериална хипертония е трети стадий, понеже има реализиране на миокарден инфаркт. Пояснил е, че Артериалната хипертония, тютюнопушенето и наднорменото тегло са рискови фактори за развитие на исхемична болест на сърцето. Исхемичната болест на сърцето е довела до възникване на остър миокарден инфаркт. Поради локализацията му той е довел до развитие на исхемична кардиомиопатия с последваща систолна дисфункция на лявата камера с прояви на хронична сърдечна недостатъчност от трети функционален клас по НИХА и вторични умерени регургитации на митралната и трикуспидалната клапи. Вещото лице е посочил, че един от рисковите фактори за получаване на инфаркт е заболяването артериална хипертония, което е в причинна връзка с развитието на исхемична болест на сърцето и последващия остър миокарден инфаркт и развиващите се последствия върху сърцето от него.

Пред въззивната инстанция е изслушано заключение на ССЕ, изготвено от вещото лице Л. З., неоспорено от страните. Вещото лице е установила че И. И. е извършил плащания по Договор за потребителски кредит от 05.02.2015 г. за периода 11.03.2016 г. до 11.01.2022 г. в общ размер на 8 741.39 лева от разплащателна сметка, равни на 4469.70 евро и 3 203.09 лева по сметка „Временни разчети с клиенти“, равни на 1 637.71 евро. По изп.д. № 51/2019 г. на ЧСИ А. Я. за периода 11.01.2016 г. до 11.01.2022 г. са събрани и преведени на „Банка ДСК“ ЕАД 2 877.81 лева, равни на 1471.40 евро.

Вещото лице е изчислила, че за периода 11.03.2016 г. до 11.01.2022 г. общият размер на задълженията на И. И. по договора за кредит е 18 007.02 евро с легова равностойност по курса на БНБ в размер на 35 218.67 лева, от които главница 10 977.44 евро с легова равностойност 21 470.01 лева и лихви в размер на 7 029.58 евро с легова равностойност 13 748.66 лева.

През периода 11.03.2016 г. до 11.01.2022 г. И. И. е заплатил общо 6 100.20 евро, от които 3 618.42 евро и лихви 2 481.78 евро. Платени са и лихви за забава в размер на 13.53 евро. Размерът на неплатените задължения на И. И. в периода 11.03.2016 г. до 11.01.2022 г. е 11 096.82 евро с легова равностойност 23 287.72 лева.

При така установеното от фактическа страна, от правна страна настоящият съдебен състав намира следното:

След уточненията на исковата молба пред въззивната инстанция, предмет на делото са два обективно съединени икове:

Иск по чл. 242 КЗ (отм.) за заплащане на застрахователно обезщетение в размер на изплатените от ищеца в периода на пълна трайна неработоспособност 11.03.2016 г. – 11.01.2022 г. вноски по Договор за потребителски кредит от 05.02.2015 г. в полза на „Банка ДСК“ ЕАД (вноските са с падеж 11-то число на съответния месец), в размер на сумата 9 600.18 лева и

Иск по чл. 134 ЗЗД за заплащане в полза на „Банка ДСК“ ЕАД на дължимите в периода на пълна трайна неработоспособност и незаплатени от ищеца вноски по Договор за потребителски кредит от 05.02.2015 г. в полза на „Банка ДСК“ ЕАД в размер на 25 618.48 лева.

Първоинстанционният съд се е произнесъл само по иск с правно основание чл. 242 КЗ (отм.), като обаче е приел, че приложим е новият КЗ – чл. 456 КЗ, в сила от 01.01.2016 г. Според настоящият съдебен състав приложим е КЗ (отм.), тъй като

застрахователният договор, по който ищецът е застрахован, е сключен през 2015 г. и на основание § 22 от ПЗР на КЗ в сила от 01.01.2016 г. за застрахователните договори, сключени преди влизането в сила на този кодекс, се прилага част четвърта от отменения Кодекс за застраховането, освен ако страните договорят друго след влизането в сила на този кодекс. Посоченото произнасяне обаче е направено при нередовна искова молба, като след направените пред настоящата инстанция уточнения от ищеца се установява, че всъщност предявените искове са посочените по-горе два иска. Като се е произнесъл по иск с правно основание чл. 242 КЗ (отм.) относно цялата искова претенция, първоинстанционният съд е постановил недопустимо решение в частта за сума над уточнените като претенция по иска с правно основание чл. 242 КЗ (отм.) 9 600.18 лева, равни на 4 908.49 евро. Ето защо първоинстанционното решение следва да бъде обезсилено за сума над 4 908.49 евро до 18 007.02 евро, като за тази разлика следва да бъде разгледан, според уточненията на ищеца, иск по чл. 134 ЗЗД.

В същото време искът по чл. 134 ЗЗД се предявява не от носителя на материалното право, в случая „Банка ДСК“ ЕАД, която е страна по процесния застрахователен договор, а от застрахования, който има качеството на кредитор на банката относно нейното задължение да предяви претенция пред застрахователя при настъпило застрахователно събитие, довело до покрит от застраховката риск (така и Решение № 138/05.01.2015 г. по т.д. № 1727/2014 г. на ВКС, II т.о.) Съгласно чл. 26, ал. 4 ГПК, по делото, по което е предявено чуждо право, се призовава като страна и лицето, чието право е предявено, или в случая „Банка ДСК“ ЕАД. Или, процесуалният субституент – застрахования кредитополучател и банката са необходими другари от категорията на задължителните и конституирането на всички задължителни другари е предпоставка за надлежното упражняване на правото на иск. Без такова конституиране разглеждането на предявения от субституента иск е недопустимо. Това конституиране обаче не може да стане за първи път пред въззивната инстанция, поради което делото следва да бъде върнато на първата инстанция, която, след конституиране на „Банка ДСК“ ЕАД като съищец по иска по чл. 134 ГПК, следва да го разгледа.

По правилността на първоинстанционното решение по иска с правно основание чл. 242 КЗ (отм.), настоящият съдебен състав намира следното:

Съгласно чл. 242, ал. 1 КЗ (отм.), когато застраховка "Живот" или "Злополука" е била сключена в полза на кредитор за обезпечение на задължение на физическо лице, то има право на иск срещу застрахователя и когато не е било страна по застрахователния договор и е платило задължението при настъпило застрахователно събитие.

За да бъде основателен иск за заплащане на застрахователно обезщетение по такъв договор, ищецът следва да докаже валидното сключване на застрахователен договор между банката и застрахователя и валидното му присъединяване към нея, настъпването на застрахователно събитие, от което произтича застрахователен риск в срока на застрахователно покритие, настъпване на вреди в причинна връзка с него и техния обем, съотв. – дължимото обезщетение до размера на застрахователната сума (чл. 193, ал. 2 КЗ отм.). Ответникът следва да докаже правоизключващите си възражения, които в случая са следните; липса на застрахователен риск, покрит от застраховката; настъпване на такъв риск извън срока на застрахователно покритие; право на застрахователя да откаже изплащане на обезщетение поради укриване от страна на застрахования на обстоятелство, значимо за оценка на застрахователния риск.

По делото е установено и не е спорно пред настоящата инстанция, че И. И. е страна по Договор за потребителски кредит от 05.02.2015 г., сключен с „Банка ДСК“ ЕАД, по който са му отпуснати 20 000 евро, като е следвало да ги върне за срок от 120

месеца, или 10 години. Безспорно е още, че „Банка ДСК“ ЕАД е сключила с „Групама Животозастраховане“ ЕАД Групова застраховка „Живот, свързана с банков кредит“, към която е присъединен И. И. в качеството на застрахован по силата на Сертификат № 4005000090764, при застрахователна сума 20 500 евро и застрахователни рискове смърт и пълна трайна нетрудоспособност, за срок от една година, считано от 05.02.2015 г. Установено е, че на 11.12.2015 г. И. И. е получил масивен миокарден инфаркт, във връзка с който с първо Експертно решение на ТЕЛК от 24.02.2016 г. му е призната 80% трайно намалена работоспособност. Установено е още от изслушаното пред въззивната инстанция заключение на ССЕ, че в периода 11.03.2016 г. 11.01.2022 г. ищецът е заплатил на „Банка ДСК“ ЕАД по Договора за потребителски кредит от 05.02.2015 г. общо за главница и лихви сумата 14 808.76 лева, равни на 7 571.60 евро.

Спорно е между страните дали застрахователят „Групама животозастраховане“ ЕАД дължи изплащане на застрахователно обезщетение на ищеца за платените от него в периода на намалената работоспособност суми, като на първо място е спорно дали изобщо е налице застрахователният риск „пълна трайна неработоспособност“, дали застрахователният риск е настъпил в срока на застрахователно покритие, както и дали застрахователят има право да откаже изплащане на застрахователно обезщетение поради укриване от застрахования на информация за своето заболяване артериална хипертония.

Видно от дефиницията на „пълна трайна неработоспособност“, дадена в Глава 1, т. 20 от ОУ, такава е налице, при кумулативното наличие на два елемента: медицински удостоверима над 70% трайна неработоспособност от една страна и от друга свързана с нея неспособност на лицето да упражнява дейност чрез полагане на личен труд за осигуряване на доход. Посочената дефиниция логично следва застрахователния интерес на застраховащата банка при процесния вид застраховка да получи заместващо плащане в случай, че кредитополучателят изпадне в състояние на невъзможност да връща кредита поради невъзможност да получава доход вследствие на застрахователно събитие – заболяване, довело до трайна неработоспособност. Защото при процесната застраховка застрахованото благо е на длъжника, но застраховката служи като обезпечение вземания на кредитора към длъжника и невъзможността тези вземания да бъдат погасявани.

В случая с представените експертни решения несъмнено е установен първият елемент, при който настъпва покрития риск пълна трайна неработоспособност, тъй като те удостоверяват 80% трайно намалена работоспособност в причинна връзка с миокардния инфаркт на ищеца. Липсват обаче каквито и да е доказателства, че е налице вторият елемент на застрахователния риск, а именно невъзможност на застрахования да полага личен труд за осигуряване на доход. Ищецът и не е твърдял подобна невъзможност. Нещо повече, в Експертните решения е посочено, че той продължава да работи, първоначално като директор Финансов център, а след това и като координатор дейности. В първото Експертно решение изрично е посочено, че той може да работи като директор финансов център, като ограниченията в работата му са само тежък физически труд и работа при нощни смени.

Следователно, не може да се приеме, че е налице застрахователен риск, включен в индивидуалното застрахователно покритие на ищеца. След като ищецът не е лишен по причина на получения масивен миокарден инфаркт от възможността да получава доход от личен труд, то липсва основание застрахователят да заплати заместващо обезщетение за покриване кредитните вноски към „Банка ДСК“ ЕАД.

Горното е достатъчно, за да се приеме искът за неоснователен и същият да бъде отхвърлен.

За пълнота следва да бъде посочено, че е основателно възражението на

жалбоподателя, че последното изречение от Глава 1, т. 20 на ОУ е неравноправна клауза, което води до нейната нищожност. Същата сочи, че пълната трайна нетрудоспособност настъпва на датата на първото Експертно решение на ТЕЛК. Както бе посочено по-горе, пълната трайна неработоспособност е налице при наличието на два елемента – трайна нетрудоспособност повече от 70% и невъзможност за полагане на личен труд и осигуряване на доход чрез него. И двата елемента фактически биха настъпили (ако са налице) едновременно със самото заболяване остър миокарден инфаркт, предвид неговия характер, а с Експертното решение само се констатира наличието на първия елемент. Вторият елемент се констатира обикновено след Експертното решение и съответният договор на лицето бива прекратен по-късно по причина на невъзможност за изпълнение на работата, която невъзможност обаче настъпва също едновременно с настъпването на заболяването. Предвиждането на момента на настъпване на пълната трайна нетрудоспособност за целите на застрахователния договор в по-късен момент от фактическото настъпване на застрахователното събитие, което я предизвиква незабавно и което именно според чл. 238, ал. 1 КЗ (отм.) е основание за плащане, при което настъпването на риска се отлага и поставя в зависимост от действията на трети лица (лекари и работодател), е във вреда на потребителя и води до значително неравновесие между правата и задълженията на търговеца и потребителя. Налице е условието на чл. 143, ал. 1 ЗЗП, което пък води до нищожност на клаузата, на основание чл. 146, ал. 1 ЗЗП. Посочената клауза не е индивидуално уговорена, тъй като е част от Общи условия, на чието съдържание потребителят не може да влияе и същите са отнапред изготвени. Следователно, застрахователното събитие според Глава първа, чл. 1, т. 10 и Глава 2, чл. 6 от ОУ, което е настъпило на 11.12.2015 г., т.е., в срока на застрахователно покритие би било основание за дължимост на застрахователното обезщетение, ако бе довело до настъпване на застрахователния риск пълна трайна неработоспособност, независимост в кой момент същата е документално констатирана.

За пълнота следва да се отбележи още, че е неоснователно възражението на застрахователя, че поради необявяване от страна на застрахованото лице на заболяването му артериална хипертония по реда на чл. 243, ал. 1 КЗ (отм.), той има право да откаже изплащане на застрахователно обезщетение. Това би било така, само ако артериалната хипертония бе в причинна връзка с получения остър миокарден инфаркт и знанието за нея би мотивирало застрахователя да откаже да сключи застраховка. В случая действително се установява от представения Въпросник-декларация, че действително застрахованият не е посочил, че страда от хипертония (за което е знаел, тъй като в анамнезата при приемането му в МБАЛ „Х. Ботев“ Враца е посочено, че хипертонията датира от 4 години), а от изслушаното заключение на СМЕ се установява, че това заболяване е един от рисковете за получаване на инфаркт. В същото време посоченото заболяване е вид сърдечно – съдово заболяване, за наличието на каквото е поискана информация от застрахователя и предвид включването ѝ във Въпросника, попълван от застрахования преди включването му към Груповата застраховка, следва да се приеме, че посоченото обстоятелство е значително за оценка на риска.

От друга страна в чл. 8, ал. 3 от Глава 2 на ОУ е посочена възможност застрахователят да се освободи от заплащане на обезщетение не само когато застрахованият е обявил неточно или е премълчал съществено за риска обстоятелство, но и когато това обстоятелство е в причинно-следствена връзка с настъпване на покрития риск. Причинната връзка е дефинирана в Глава 1, т. 23 от ОУ като налична, когато едно събитие настъпва нормално и обичайно, непосредствено или опосредствено, вследствие настъпването на друго събитие. В случая, макар хипертонията да е рисков фактор за развитие на инфаркт, последният не настъпва като

нормално и обичайно явление при всяка хипертония, особено такава, каквато е била при ищеца със стойности 140/100. Необходими са и други обстоятелства, като в случая не е установено недвусмислено по делото каква точно е била причината за инфаркта на ищеца.

На следващо място застрахователят не е доказал, че изобщо не би сключил застраховката при знание за заболяването на ищеца. Поради което то би имал право само на намаляване на застрахователното обезщетение, каквото искане не е правил.

Вследствие всичко изложено, първоинстанционното решение следва да бъде обезсилено за сума над 4 908.49 евро до 18 007.02 евро по иска с правно основание чл. 242, ал. 1 КЗ (отм.) и в тази част делото следва да бъде върнато на ОС – Монтана за произнасяне по иска с правно основание чл. 134 ЗЗД след конституиране по делото на “Банка ДСК” ЕАД като съищец. По иска с правно основание чл. 242, ал. 1 КЗ за сумата от 4 908.49 евро първоинстанционното решение следва да бъде потвърдено по изложените по-горе мотиви.

По разностите: При този изход на спора пред въззивната инстанция право на разности има въззиваемия в частта, в която се потвърждава първоинстанционното решение. Той не е сторил такива, но е бил представляван от юрисконсулт, на когото съдът определя възнаграждение по реда на чл. 78, ал. 8 ГПК в размер на 300 лева.

Воден от изложеното Софийският апелативен съд

РЕШИ:

ОБЕЗСИЛВА решение № 25/14.01.2022 г. по гр.д. № 259/2020 г. на ОС - Монтана В ЧАСТТА в която е отхвърлен предявен от И. Д. И. иск по чл. 456 КЗ срещу „Групама Животозастраховане“ ЕАД за сума над 4 908.49 евро до 18 007.02 евро **и в тази част ВРЪЩА** делото на ОС – Монтана за произнасяне от друг съдебен състав по иска на И. Д. И. против „Групама Животозастраховане“ ЕАД с правно основание чл. 134 ЗЗД, при съобразяване уточненията, направени пред настоящата инстанция и мотивите на решението, за сума над 4 908.49 евро до 18 007.02 евро.

ПОТВЪРЖДАВА решение № 25/14.01.2022 г. по гр.д. № 259/2020 г. на ОС - Монтана В ЧАСТТА, в която е отхвърлен предявения от И. Д. И. иск с правно основание чл. 242, ал. 1 КЗ (отм.) срещу „Групама Животозастраховане“ ЕАД за сумата 4 908.49 евро.

ОСЪЖДА И. Д. И. да заплати на „Групама Животозастраховане“ ЕАД сумата 300 лева – юрисконсултско възнаграждение пред САС.

Решението подлежи на обжалване пред ВКС в едномесечен срок от връчването му на страните, при условията на чл. 280, ал. 1 и ал. 2 ГПК.

Председател: _____

Членове:

1. _____

2. _____