

РЕШЕНИЕ

№ 1616

гр. Пловдив, 16.12.2022 г.

В ИМЕТО НА НАРОДА

ОКРЪЖЕН СЪД – ПЛОВДИВ, VI СЪСТАВ, в публично заседание на първи декември през две хиляди двадесет и втора година в следния състав:

Председател: Величка П. Белева

Членове: Надежда Н. Дзивкова Рашкова
Виделина Ст. Куршумова
Стойчева

при участието на секретаря Тодорка Г. Мавродиева като разгледа докладваното от Надежда Н. Дзивкова Рашкова Въззивно гражданско дело № 20225300502728 по описа за 2022 година

Производството е по реда на чл.258, ал.1 от ГПК.

Постъпила е въззивна жалба от „Кардиф животодастраховане , клон България“ КЧТ против Решение № 2501/07.07.2022г., пост. по гр.д.№ 17497/2020, ПдРС, с което жалбоподателят е осъден да заплати на М. С. В. и Н. С. З. сумата от 7121,16лв., представляваща застрахователна сума по договор за застраховка "Живот" на кредитополучатели за обезпечаване на кредитни вноски към банка в сила от 03.06.2015 г., сключена между С. Т. З., ЕГН ***** и „Кардиф Животозастраховане Клон България“ КЧТ, ЕИК ***** при ползващо се лице „Уникредит Консюмър Файненсинг“ ЕАД, който договор за застраховка "Живот" е сключен за обезпечение на задълженията на С. Т. З. ЕГН ***** , по договор за потребителски кредит № ***** от 03.06.2015 г., ведно със законна лихва от 25.11.2019 г. до изплащане на сумата ; - да заплати на М. С. В. и Н. С. З. сумата от 1 908,31лв., представляваща стойността на заплатените вноски по Договор за потребителски паричен кредит № ***** от 03.06.2015 г., сключен между С. Т. З. ЕГН ***** и „Уникредит Консюмър Файненсинг“ ЕАД, поради настъпило застрахователно събитие - смърт на кредитополучателя С. Т. З. ЕГН ***** за периода от 25.11.2019 г. до завеждането на исковата молба – 30.12.2020 г., ведно със законната лихва върху сумата – 1 908,31 лева, от подаването на исковата молба - 30.12.2020 г. до окончателното ѝ погасяване ;

като са присъдени и разноски.

Жалбоподателят „Кардиф животозастраховане, клон България“ КЧТ обжалвал решението с мотиви, че същото е неправилно и необосновано. Развива съображения за неправилност на изводите на съда, свързани с неизпълнението на задължението на застрахованото лице З. да декларира всички данни за здравословното си състояние и в частност недеклаиране на заболяването „*****“ с етилична генеза, елизмус, портална хипертония, хепатоспленомегалия, асцит, варици, ерозивен гастрит, портална гастропатия, есенциална първична хипертония, псориазис, желязонеоимъчна анемия и др. заболявания. При това положение счита, че приложение следва да намери нормата на чл.363, ал.4 от КЗ, съгласно която при настъпило застрахователно събитие, застрахователят може да откаже изцяло или частично да заплати обезщетение ако застрахованият неточно е обявил или премълчал обстоятелство, което е оказало въздействие на настъпилото събитие. Поддържа и че съгл. чл.365 от КЗ при настъпване на ново обстоятелство по време на действие на договора, за което писмено е поставен въпрос, то застрахованият е длъжен да уведоми за същото. По отношение причината за смъртта на застрахования се твърди, че в съобщението за смърт е посочена ясно причината и ако наследниците му са искали да оспорят констатациите, то е следвало да поискат извършване на аутопсия, посредством която да се установи безспорно конкретната причина за смъртта на лицето. По въпроса за етиологията на заболяването хепатит твърди, че от медицинската документация се установява категорично, че същото е резултат на алкохолна консумация и не се установява вирусна генеза. Позицията се и на чл.11 от ОУ към застрахователния договор, съгласно който норма, се изключва покрития риск „смърт“ при положение, че се установи, че същата е в резултат на „алкохолизъм“. Счита, че в случая тази връзка е доказана. По отношение преценката за неравноправни клаузи сочи, че ищците едва в писмената защита са въвели и подобно оплакване. По същество счита, че в договора не са налице неравноправни клаузи, т.к. нито една от тях не отговор на определението по чл.143 от ЗЗП – да не отговаря на изискването за добросъвестност, да води до значително неравновесие между страните по потребителския договор. За конкретната клауза, която изключва отговорността на застрахователя сочи, че подобна възможност е предвидена изрично в закона, поради което и същата не може да се квалифицира като неравноправна само на това основание. Оспорва и изобщо възможността за преценка за неравноправни клаузи поради факта, че застрахованото лице се е присъединили към договор за групов застраховка сключен между застрахователя и банката-кредитор, т.е. застрахованият няма качеството потребител.

Моли за отмяна на първоинстанционното решение и постановяване на ново такова, с което изцяло отхвърли предявените искове. Претендира разноски.

Въззиваемите страна М. С. В. и Н. С. З. са подали отговор на въззивната жалба ,

в който оспорват същата и поддържат, че постановеното решение е правилно, законосъобразно и обосновано. Твърдят, че жалбоподателят не сочи кои материално-правни разпоредби са нарушение с обжалвания съдебен акт или кои са погрешно приложени, поради което е неясно в какво се състои порочността на решението. Оспорват твърдението, че застрахованият неточно и съзнателно е посочил или премълчал наличието на обстоятелства от значение за застрахователния риск. Поддържат, че на наследодателя им не е дадена възможност да направи подобно заявление, като подобна информация не е изисквана от него. Считат, че застрахователят е страната, върху която лежи тежестта да докаже, че е изискал подобна информация и само тогава, ако застрахованият я е премълчал, то може да откаже плащане на застрахователното обезщетение / чл.364 от КЗ/. Оспорват и тезата, че е установена причината за смъртта на наследодателя им . Считат, че тя не е установена по категоричен начин в производството, като дори тройната СМЕ не излиза с категоричен извод. Позовават се и на свидетелски показания, както и на трудовото досие на наследодателя си, който е работил като ****, че не е имало трайна употреба на алкохол от негова страна. По отношение възражението за неравноправни клаузи сочат, че с оглед отговора на ответника са имали право да допълнят исквата си молба, поради което и възражението е своевременно направено. Считат, че клаузата в чл.11 от ОУ е произволно включена с единствена цел да даде възможност на застрахователя да отклони плащането на застрахователно обезщетение. Сочат, че дори в НК не е въведено с престъпление употребата на алкохол и наркотични вещества. Отделно от това поддържат, че по делото няма никакви данни смъртта на наследодателя им да е причинена от алкохолизъм или от процедури по лечение на алкохолизъм. Молят жалбата да бъде оставена без уважение, а първоинстанционното решение да бъде потвърдено. Претендират разноски.

Третото лице-помагач „Уникредит консюмър файненсинг“ ЕАД не е взела становище.

Жалбата е подадена в срока по чл.259 от ГПК, изхожда от легитимирано лице – ответник, останал недоволен от осъдително съдебно решение, откъм съдържание е редовна, поради което и се явява допустима.

Съдът, след като обсъди събраните по делото доказателства поотделно и в съвкупност, намери за установено следното :

Съгл. нормата на чл.269 от ГПК въззивният съд се произнася служебно само по въпроса относно валидността и допустимостта в обжалваната част на постановеното решение. Правилността на решението се проверява с оглед наведените доводи във въззивната жалба.

По отношение на валидността и допустимостта на постановеното решение, съдът намира, че същото е постановено от родово и местно компетентен съд, по иск,

който е допустим и му е подсъден, произнесъл се е в законен състав и в рамките на изложените фактически твърдения и е дал търсената защита.

За да постанови обжалвания акт, първоинстанционният съд е приел, че се касае за валидно сключен застрахователен договор „Живот“, че е настъпило застрахователно събитие – смърт, че липсват основания за освобождаване на застрахователя от отговорност, т.к. не е изпълнил задълженията си да изисква чрез конкретни въпроси информация за здравословното състояние на застрахования. Приел е че по делото не е доказано при условията на пълно и главно доказване твърдението, че заболяването на застрахованото лице е в резултат на алкохолна злоупотреба. Поради тези съображения е достигнал до извод за дължимост на обезщетението. По отношение на размера е възприел приетата по делото ССЕ.

Предявеният иск на осн. §22 от ПЗР на КЗ/ДВ бр.102/2015/ е с правно основание чл.199а, във вр. с чл.193 от КЗ/отм./ – осъждане на застрахователя да заплати застрахователно обезщетение във връзка с настъпване на застрахователно събитие. Дадената от първоинстанционният съд правна квалификация по действащия КЗ е неправилна, доколкото застрахователният договор е сключен на 03.06.2015г., при действието на отменения КЗ. С оглед изричната разпоредба на §22 от ПЗР на КЗ /2015/, съгласно която, за сключени преди влизането му в сила застрахователни договори, се прилага част IV от отменения КЗ, освен ако страните договорят друго след влизането в сила на този кодекс. Този порок, обаче, води единствено до преквалифициране на предявения иск, доколкото не се налага посочване на различни релевантни факти и обстоятелства, както и ново разпределение на доказателствената тежест.

От фактическа страна се установява от представения Договор за потребителски кредит № *****/03.06.2015г., че С. З. е получил кредит от „Уникредит Кънсьюър файненсинг“ ЕАД в размер на 10 000лв., които е следвало да върне на 120 месечни вноски. Видно от сертификат за застраховка „Кредитна протекция плюс“ пакет „Б“ № ***** от 03.06.2015г. „Кардиф Животозастраховане клон България“ КЧТ застраховат кредитополучателя съгласно общите условия на съответния вариант на застраховка, като един от покритите рискове е „смърт“, като сумите са дължими в полза на банката и за обезпечаване на дълга на застрахованото лице. Безспорно е и че кредитополучателят З. е починал на 25.11.2019г., като видно от удостоверението за наследници, такива са останали двете му дъщери – М. В. и Н. З.. Безспорно е също така, а и този факт се установява както от представените копия на платежни документи, така и от приетата ССЕ с в.л. И. С., че до смъртта на кредитополучателят, същият е изплащал редовно дължимите месечни вноски по погасителен план, а след смъртта му, това задължение са изплащали наследниците му. Безспорен е и факта, че е образувана щета №54415,54416 във връзка с настъпилото застрахователно събитие, която, обаче, е приключила с отказ от плащане на застрахователно обезщетение, като застрахователят

се е позовал на ОУ към договора и по-специално на клаузата, че „при смърт в резултат на алкохолизъм застрахователят не дължи обезщетение“. В писмото до наследниците, които са и правоимащи, доколкото банката е бездействала, е записано, че с оглед записаната причина в съобщението за смърт е“*****“, то е налице визираната в общите условия хипотеза за освобождаване на застрахователя от отговорност. Всъщност основният спор и пред първата инстанция и пред настоящата е дали съществуват основания да се приеме, че са налице предпоставките за отказ от плащане на застрахователно обезщетение.

Съгласно чл.189, ал.4 от КЗ /отм./ застрахователят може да откаже изцяло или частично плащане на застрахователно обезщетение или сума само ако неточно обявеното или премълчано обстоятелство е оказало въздействие за настъпване на събитието. Отказът от плащане на обезщетение във всички случаи следва да е обусловен от наличието на пряка причинно-следствена връзка между неизпълнението на конкретното задължение на застрахования и настъпването на застрахователното събитие. Това изискване е изрично законово закрепено в хипотезите на чл.189, ал.4 и чл.207, ал.2, изр.3 КЗ /отм./. Доказването на пряка причинната връзка е в тежест на застрахователя, като същата не се презюмира, дори и в застрахователния договор или общите условия към него да е предвидено друго, включително и че при конкретно неизпълнение застрахователят може да откаже плащане на обезщетението. Наличието на такава причинна връзка е необходимо както за пълен, така и при частичен отказ за плащане. На осн. чл.154 от ГПК застрахователят следва да докаже същата, за да може да се приеме, че е възникнало правото му да откаже плащане на обезщетението. Отделно от това съгл. чл.188 от КЗ/отм./ застрахователят има тежестта да докаже и че писмено е поставил въпроси към застрахования за обстоятелствата, които имат значение за риска. Тези въпроси винаги следва да се точни, ясни и конкретни. Те не могат да бъдат презюмирани и на застрахования следва да е било изяснено значението на отговора им.

От представената медицинска документация – епикризи за провеждано лечение, данни от РЗИ за извършвани прегледи и изследвания, които са обсъждани от приетата по делото тройна СМЕ, се установява, че към момента на смъртта на С. З., същият е страдал от *****, като с оглед параклиничните данни, дават основание на експертите да твърдят, че е най-вероятната генеза за хепатита има етиличен, а не вирусен характер. Тройната СМЕ, подкрепя становището на единичната експертиза, че при липса на извършена аутопсия, остава единствена възможност да се приеме отразената в съобщението за смърт причина за настъпването ѝ. В случая в съобщението за смърт са описани заболяванията на починалото лице - *****. По метода на изключването са отредени други предположения от страните възможности за заболявания, които да доведат до летален край.

От приложеното копие на декларация за приемане на застраховането по застрахователна програма „Кредитна протекция „плюс“ се установява, че кредитополучателят е отбелязал, че е клинично здрав. Понятието „клинично здрав“ е разяснено по-долу, като е посочено, че това е лице, което не е било диагностицирано от лекар с хронично заболяване и не е било под постоянно лечение, наблюдение и контрол през последните три години. В Общите условия към застрахователния договор, подписани от застрахованото лице, в чл.11 е записано след множеството основания за освобождаване на застрахователя от задължението за плащане, че застрахователното събитие е резултат от предварително съществуващо заболяване, както и неговото усложнение и рецидиви, алкохолизъм, злоупотреба с алкохол и т.н. Съдът намира, че следва изрично да подчертае, че общите условия са предоставени за подпис от застрахования кредитополучател във вид и формат, който е изключително труден за четене, до степен на невъзможност. Текстът е изписан със ситен шрифт, а отделните членове, макар и с множество хипотези, са изписани като един общ текст, поради което е явна целта да се въведе в заблуждение потребителя.

Така, на първо място е необходимо да се изследва въпроса дали коректно е изисквана информация от застрахованото лице за неговото здравословно състояние. Съгл. нормата на чл.188, ал.1 и ал.2 от КЗ/отм./ при сключването на застрахователен договор застрахованият е длъжен да обяви точно и изчерпателно съществените обстоятелства, които са му известни и са от значение за риска, като съществени са тези обстоятелствата, за които застрахователят писмено е поставил въпрос. В конкретния случай, съдът намира, че застрахователят не е изпълнил задължението си да постави конкретни въпроси относно здравословното състояние на застрахования. Това би могло да стане под формата на въпросник, анкета или по друг начин, но в случая подобно конкретно питане е не е отправяно. Частта от декларацията за приемане на застраховка по застрахователна премия, в която е дадена възможност на застрахованото лице да посочи дали е клинично здрав, няма характер на писмено поставен въпрос от категорията на чл.188, ал.2 от КЗ/отм./. В случая понятието „клинично здрав“ е твърде общо и неиндивидуализирано. В определението към декларацията са включени два компонента – да не е диагностицирано с хронично заболяване и да не е било под постоянно лечение, наблюдение и контрол на заболяването. Какво е „хронично заболяване“ не е посочено. Неясно е и какво се разбира под „постоянно“ лечение. Отделно от това е мислима хипотезата за хронично заболяване, за което, обаче, не се провежда постоянно лечение. В обобщение следва да се посочи, че с включената възможност в декларацията –съгласие за отметка за здравословното състояние, не е изпълнено изискването на закона застрахователят да е поставил конкретен въпрос относно здравословното състояние на застрахованото лице. В този смисъл е налице и последователна съдебна практика – така в Р№173/22.11.2013 г., т. д. № 727/2012г., Пт.о., ВКС е посочено че „тъй като преддоговорното поведение

на застрахования е релевантно спрямо други права на застрахователя - да откаже сключването на договора или да прекрати или измени договора при узнаване на обстоятелства от съществено значение за риска, които застрахованият съзнателно е премълчал, след като е бил попитан за тях, приема се, че отказът на застрахователя по имуществената застраховка за изплащане на застрахователно обезщетение при настъпването на застрахователното събитие не може да бъде основан на такива факти от поведението на застрахования, които по естеството си предполагат настъпване или улесняване настъпването на събитието и с оглед на това са значителни за застрахователния му интерес, ако те са съществували при сключването на договора и са му били известни“. Това становище е застъпено и в Р№ 95/04.07.2017г., т. д. № 1805/2016 г., I т. о., ВКС, в което е казано : „застрахователят, поемайки задължение да плати застрахователно обезщетение при настъпването на определени обстоятелства, дължи грижа на добър търговец /чл.302ТЗ/, поради което в негов интерес е да прецени тежестта на поетия от него със сключването на договора риск. Именно затова законодателят е определил с разпоредбата на чл.188, ал.2 от КЗ(отм.) като съществени /от значение за риска/ онези обстоятелства, за които застрахователят, изхождайки от собствения си интерес, е поставил съответни въпроси. В случай, че не е сторил това при положение, че е знаел за съответното обстоятелство, съществувало към момента на сключването на договора или е могъл да го узнае при положена от него грижа на добър търговец, той не би могъл по-късно да се позове на него нито като основание за отказ в хипотезата на чл.189, ал.4, изр.1 от КЗ (отм.), нито като изключен риск, освобождаващ го по силата на договора /Общите условия/ от отговорността да плати“.

В обобщение може да се каже предвид посоченото тълкуване на задълженията на застрахователя, че в конкретния случай не се установява той да е изпълнил изискванията за поставяне на конкретни въпроси относно обстоятелства, които са значими за преценка на риска. Самият застраховател твърди, че за първи път заболяването ***** е диагностицирано през 2014г., като в тази връзка се позовава на медицинска документация. Следователно, доколкото застрахованият не е бил наясно какво точно следва да декларира, т.к. не му е изискана конкретна информация за здравословното състояние, то не може застрахователят да се позовава на тези обстоятелства, за да се освободи от задължението да изплати обезщетение.

Следва да се посочи и че включването на клаузи, които освобождават застрахователя от задължение за изплащане на обезщетение без да е спазено изискването на чл.188, ал.2 от КЗ/отм./ поставя потребителя в неравноправно положение с оглед нормата на чл.143, ал.3, т.6 от ЗЗП. Този извод се налага поради обстоятелството, че се предвижда възможност за освобождаване от отговорност за застрахователя, без да е предвидена реципрочна възможност за потребителя. Неравноправните клаузи на осн. чл.146 от ЗЗП са нищожни не пораждат действие.

Следващ довод за липсата на основания застрахователят да не разполага с правото на отказ да заплати обезщетение е, че не се доказва при условията на пълно и главно доказване причинната връзка между неточно обявеното или необявеното заболяване и смъртта. Вярно е, че и двете СМЕ поддържат, че на база документите – съобщение за смърт, следва да се приеме, че именно отразеното в тях е причината за смъртта, доколкото не е извършвана аутопсия, но в самото заключение на тройната СМЕ се подчертава, че се говори за степен на вероятност и за предположения, изключвания и прочие. За сигурност в причините за смъртта не говори нито единичната, нито тройната СМЕ. Съществуващите заболявания, констатирани у С. З., респ. усложненията им, са рискови и могат да доведат до летален край. Но този факт сам по себе си не може да обуслови извод, че именно те или в частност *****та на ***** е довела да този край. Недопустимостта за презюмиране на причинна връзка в тези хипотези е подчертана и в съдебната практика – напр. РН№1550/26.2020, в.т.д. №2270/20, САС, което не е допуснато до касационно обжалване с О 129/08.03.2022, т.д. №988/2021, Пт.о., ВКС. От това следва, че не се установява при условията на пълно доказване причинната връзка между необявените заболявания и настъпването на застрахователния риск.

В обобщение на изложените доводи въззивният съд счита, че не се установява изключен застрахователен риск и следва да се ангажира отговорността на застрахователя за заплащане на застрахователното обезщетение, в размер на остатъка по кредита.

Досежно размерите на изплатените от ищците вноски и невърнатия остатък от кредита, по делото е приета ССЕ, а и по този въпрос не се спори във въззивното производство, поради което и исковете ще следва да се уважат в установените от експертизата размери.

До същите фактически и правни изводи е достигнал и първоинстанционния съд, поради което постановеното решение като правилно и законосъобразно ще следва да бъде потвърдено.

По разноските

На осн. чл.78 от ГПК жалбоподателят ще следва да заплати на въззиваемите страни сумата от 1500лв. общо на двете, съставляващи заплатено адвокатско възнаграждение.

С оглед на изложеното съдът

РЕШИ:

ПОТВЪРЖДАВА Решение № 2501/07.07.2022г., пост. по гр.д.№ 17497/2020, ПдРС.

Решението е постановено при участие на третоо лице-помагач „Уникредит консюмър файненсинг“ ЕАД, ЕИК *****.

ОСЪЖДА „Кардиф Животозастраховане клон България“ КЧТ, ЕИК *****, да заплати М. С. В., ЕГН ***** и Н. С. З., ЕГН *****, сумата от 1500лв. общо, разноси във въззивното производство.

Решението подлежи на обжалване с касационна жалба пред ВКС в едномесечен срок от връчването му на страните.

Председател: _____

Членове:

1. _____

2. _____