

РЕШЕНИЕ

№ 1891

гр. София, 01.04.2024 г.

В ИМЕТО НА НАРОДА

СОФИЙСКИ ГРАДСКИ СЪД, ГО I-12 СЪСТАВ, в публично заседание на седми март през две хиляди двадесет и четвърта година в следния състав:

Председател: Кирил Ст. Петров

при участието на секретаря Ирина Ст. Василева
като разгледа докладваното от Кирил Ст. Петров Гражданско дело № 20231100103539 по описа за 2023 година

Производството е образувано по обективно кумулативно съединени иски с правно основание чл. 448, ал. 7 КЗ и чл. 86, ал. 1 ЗЗД, предявени от М. С. С. срещу „ДЗИ-Ж.“ ЕАД за заплащане на сума в размер на 30 000 лв., представляваща обезщетение при настъпило застрахователно събитие – „смърт на застраховано лице – С.Т.С.“, по застрахователен договор – срочна рискова застраховка „Ж.“ – „ДЗИ Динамик“ № RL710001751, със срок на договора от 10.10.2017 г. до 10.10.2022 г., сума в размер на 3 000 лв., представляваща обезщетение при настъпило застрахователно събитие – „смърт на застраховано лице – С.Т.С.“, по застрахователен договор – срочна рискова застраховка „Ж.“ – „ДЗИ Динамик“ № RL710001752, със срок на договора от 10.10.2017 г. до 10.10.2022 г., сума в размер на 15 172.01 лв., представляваща мораторна лихва върху главницата от 30 000 лв. за периода от 10.04.2018 г. до 22.03.2023 г. включително, и сума в размер на 1 517.18 лв., представляваща мораторна лихва върху главницата от 3 000 лв. за периода от 10.04.2018 г. до 22.03.2023 г. включително **/уточненията относно размерите и периодите на претенциите за обезщетение за забава се съдържат протокола от открито съдебно заседание на 07.03.2024 г./** Претендира разноси по делото, включително адвокатско възнаграждение.

Ищецът твърди, че нейният баща – С.Т.С., е починал в с. Дивотино, община Перник, на 03.04.2018 г. с причина за смъртта „инфаркт на миокарда“, като в съобщение за смърт № 17/04.04.2018 г. е посочено, че „артериална хипертония“ и „остра дихателна и сърдечна недостатъчност“ са болестните състояния, непосредствено довели до смъртта. Счита, че ответното застрахователно дружество неоснователно ѝ е отказало изплащането на застрахователните обезщетения в качеството ѝ на ползващо се лице след настъпването на застрахователния риск „смърт“, защото, макар баща ѝ да е декларирал, че не страха от заболявания, поставеният му от застрахователя преди сключване на договорите въпрос не е

бил достатъчно конкретен, поради което с отговора си последният не е проявил недобросъвестност. Сочи, че клаузата на раздел IV. „Исключени рискове“, т. 8.14. от Общи условия на застраховки „Ж.“, редакция 17 от 03.07.2017 г., в сила от 14.07.2017 г., съгласно която застрахователят се освобождава от задълженията си по застрахователния договор в хипотезата на „заболяване, диагностицирано преди началото на застраховката“ е неравноправна. Това е така, тъй като съгласно чл. 143, ал. 2, т. 6 ЗЗП неравноправна е тази клауза, съдържаща се в адхезионен договор, която позволява на търговеца да се освободи от задълженията си по договора по своя преценка, като същата възможност не е предоставена на потребителя. Навежда твърдението, че в случая спорната клауза е именно такава, тъй като тя позволява на ответника „ДЗИ – Ж.“ ЕАД да се позове в отговора си неоснователно на изключен застрахователен риск по своя преценка при смъртта на застрахования С.С.. Намира, че клаузата на т. 8.14. от Общите условия на застраховки „Ж.“ на „ДЗИ – Ж.“ ЕАД, намира се в Раздел IV. „Исключени рискове“, е формулирана общо, както и, че липсва конкретика по поставените въпроси по чл. 362 КЗ в „Лична декларация за здравословното състояние на кандидата за застраховане (застрахования)“ при сключването на процесните застрахователни договори. Освен това сочи, че в случая няма доказана причинно-следствена връзка между заболяване на застрахования, ако е имало такова към момента на сключване на застрахователните договори, и отразената причина за смъртта му в „Съобщение за смърт“ от 04.04.2018 г., което да изключва отговорността на застрахователя. Излага доводи, че съобщението за смърт, в което е посочена като причина за смъртта „инфаркт на миокарда“, предизвикан от „артериална хипертония“ и „остра дихателна недостатъчност“, няма характер на официален документ по чл. 179 ГПК, поради което не се ползва с материална доказателствена сила относно причините за настъпилата смърт. Поради изложеното счита, че застрахователните обезщетения са дължими от ответното дружество, ведно с мораторната лихва върху тях, считано от датата на заявяване на претенцията пред ответника /10.04.2018 г./ до датата на подаване на исковата молба.

Ответникът „ДЗИ – Ж.“ ЕАД е ангажирал отговор на исковата молба в законоустановения срок. Оспорва предявените икове и моли съда да ги отхвърли като неоснователни и недоказани. Сочи, че по процесните застрахователни договори не е настъпило застрахователно събитие, представляващо покрит застрахователен риск, във връзка с което да бъде ангажирана отговорността му като застраховател, защото съгласно т. 8.14. във връзка с т. 8 от раздел IV. „Исключени рискове“ от Общи условия на застраховки „Ж.“, редакция 17 от 03.07.2017 г., в сила от 14.07.2017 г., които са неразделна част от срочна рискова застраховка „Ж.“ – „ДЗИ Динамик“, № RL710001751, респективно срочна рискова застраховка „Ж.“ – „ДЗИ Динамик“, № RL710001752, „застрахователят се освобождава от задълженията си по застрахователния договор в случай на заболяване, диагностицирано преди началото на застраховката“. Твърди, че застрахованият съзнателно е нарушил разпоредбата на чл. 363, ал. 1 КЗ, като е обявил неточно или е премълчал обстоятелство, при наличието на което застрахователят не би сключил договора, а именно, че е бил на диспансерен отчет, считано от 2015 г., поради наличието на заболяването „хипертонична болест на сърцето“. Поради това, че причината за смъртта на застрахованото

лице е именно хронично заболяване, диагностицирано преди сключването на договорите, ответникът счита, че не дължи заплащане на претендираните обезщетения. Релевира възражение за погасяване по давност на претенциите за законна лихва за забава. Прави възражение по чл. 78, ал. 5 ГПК за прекомерност на адвокатското възнаграждение на процесуалния представител на ищеца до минималния размер по Наредба № 1 от 9 юли 2004 г.

Съдът, съобразно чл. 235, ал. 2 ГПК във връзка с наведените в исковата молба доводи и възраженията на ответника, намира за установено от фактическа и правна страна следното:

Предявени са обективно кумулативно съединени искове с правно основание чл. 448, ал. 7 КЗ и чл. 86, ал. 1 ЗЗД.

Не се спори, а и от приетите писмени доказателства по делото се установява, че между ответното дружество и бащата на ищцата С.С. са били сключени срочна рискова застрахова „Ж.“ – „ДЗИ Динамик“ № RL710001751, валидна от 10.10.2017 г. до 10.10.2022 г., със застрахователна сума в размер на 30 000 лв., с ползващо се лице в случай на смърт – М. С. С. /л. 29-32/, и срочна рискова застраховка „Ж.“ – „ДЗИ Динамик“, № RL710001752, валидна от 10.10.2017 г. до 10.10.2022 г., със застрахователна сума в размер на 3 000 лв. с ползващо се лице в случай на смърт – М. С. С. /л. 25-28/. От приетото по делото удостоверение за наследници /л. 11/ е видно, че ищцата е законен наследник на починалото застраховано лице – С.Т.С..

Срочната рискова застраховка „Ж.“ – „ДЗИ Динамик“, № RL710001752, валидна от 10.10.2017 г. до 10.10.2022 г. е за застрахователна сума 3 000 лв. Годишната премия е 73.74 лв., като при сключването на договора е платена изцяло дължимата премия до края на договора в размер на 368.70 лв.

Срочната рискова застрахова „Ж.“ – „ДЗИ Динамик“ № RL710001751, валидна от 10.10.2017 г. до 10.10.2022 г. е за застрахователна сума в размер на 30 000 лв. Предвидена е месечна премия в размер на 62.40 лв. за срока на действие на застраховката. Отражено е в застрахователната полица, че първата вноска е платена при сключването на договора. Представени са доказателства, а и ответникът не оспорва, че всички месечни вноски до датата смъртта на застрахования са платени – т. е. платени са първите 6 вноски от м.10.2017 г. до м.03.2018 г.

По делото е представено предложение № 0029276 за сключване на застраховка „Ж.“, което съдържа и част „Лична декларация за здравословното състояние на кандидата за застраховане (застрахования)“ /л. 12-16/. Относно здравословното състояние С.С. е посочил, че няма диагностицирани заболявания, че не провежда медикаментозно лечение и няма оплаквания, за които не е търсил лекарска помощ и не е провеждал лечение. В отговор на въпроса дали му е правена операция в последните 10 години е отбелязано „мастно образуване“.

И двете застрахователни полици препращат към Общи условия на ответника за

застраховки „Ж.“, които уреждат и сключените с ответника срочни рискови застраховки „Ж.“. По делото са приложени Общи условия на застраховки „Ж.“ на ответника „ДЗИ – Ж.“ ЕАД, в сила от 14.07.2017 г. Установява се от неоспорения подпис на застрахования, че на 12.10.2017 г. С.С. е получил, запознал се е със съдържанието и е приел общите условия на застрахователното дружество. В раздел IV. „Исключени рискове“, т. 8.14. е посочено, че застрахователят се освобождава от задълженията си по застрахователния договор в случай на „заболяване, диагностицирано преди началото на застраховката“. В раздел VIII. „Задължение за информиране“ в т. 39 е предвидено, че застрахованият /застрахованият/ е длъжен да отговори добросъвестно, изчерпателно и точно на въпросите, поставени в предложението и декларациите за здравословно и финансово състояние. В т. 41.1. е посочено, че при смърт на застрахования се събира информацията относно здравословното състояние на застрахования при сключването на договора, а в т. 41.2., че ако бъде установено, че има укрито заболяване и то е в причинна връзка със смъртта, се изплащат математически резерв и начислените лихви към 01-во число на месеца на прекратяване на застраховката. В т. 77 е предвидено, че при смърт на застрахования – на ползващите се лица се изплащат застрахователната сума и допълнително разпределената доходност /лихва/ към 1-во число на събитието, като се удържат неплатените вноски до края на текущата застрахователна година.

Видно от приложените по делото писмени доказателства /препис-извлечение от акт за смърт от 04.04.2018 г. – л. 37/, С.Т.С. е починал на 03.04.2018 г. в 02.10 ч. в с. Дивотино, община Перник. В Съобщение и медицинско свидетелство за смърт № 17 от 04.04.2018 г. като причина за смъртта е посочен „инфаркт на миокарда“, предизвикан от артериална хипертония, причинила остра дихателна и сърдечносъдова недостатъчност. От представения по делото Фиш за спешна медицинска помощ от 04.04.2018 г. /л. 36/ се установява, че при пристигане на медицинския екип е констатирана смъртта на лицето.

Установява се, че на 10.04.2018 г. ищцата М. С. С. е завела в качеството си на ползващо се лице претенции с № 85505/11.04.2018 г. и № 85507/11.04.2018 г. пред „ДЗИ – Ж.“ ЕАД за изплащане на дължимите суми по двата процесни застрахователни договора /полица № RL7100001751 и полица RL7100001752/. С писмо с изх. № О-92-12605/04.07.2018 г., адресирано до ищцата, ответното застрахователно дружество е отказало изплащането на претендираните суми с аргумент за съществуване на премълчано обстоятелство /заболяване/ при сключването на договорите, както и при попълването и подписването на личната здравна декларация, а именно – хипертонична болест на сърцето, като се сочи, че застрахованото лице било взето на диспансерен отчет през 2015 г. Застрахователят се е позова на разпоредбата на т. 8.14. от Общите условия за сключване на застраховка „Ж.“, съгласно която той се освобождава от задълженията си по застрахователния договор „в случай на заболяване, диагностицирано преди началото на застраховката“.

От приетата по делото медицинска документация, сред която и етапна епикриза за период от 01.12.2017 г. до 12.04.2018 г. на С.Т.С., издадена от ГППМПИ „З.***“ ООД /л. 49/ е видно, че на застрахования са поставяни следните диагнози – облитериращ тромбангиит

/болест на Buerger/, хипертонична болест без /застойна/ сърдечна недостатъчност, исхемична кардиомиопатия, като са посочени изписваните му лекарства за тези заболявания. Отразени са и проведени на лицето лабораторни изследвания, както и общ статус от 15.01.2018 г. с данни за артериална хипертония от 2011 г. с максимални измерени стойности на кръвното налягане 180/120. Видно от приобщения като доказателство по делото амбулаторен лист № 2080/22.03.2016 г. /л. 51/, С.Т.С. е диагностициран с тромбоза и е насочен за хоспитализация и предприемане на оперативно лечение. От амбулаторен лист № 8541/14.12.2017 г. /л. 50/ се установява, че на лицето му е бил поставен байпас с цел лечение на блокиран кръвоносен съд. Последното се потвърждава и от информация с № 26-03-199/26.06.2018 г., предоставена от НЗОК на ответното дружество във връзка с извършени прегледи, дейности по клинична процедура, медико-диагностични дейности и пролежавания в болница на С.Т.С. за периода от 01.01.2015 г. до 03.04.2018 г. Съгласно тази информация застрахованият е бил консултиран от специалист по съдова хирургия на 16.03.2016 г. във връзка с емболия и тромбоза на артерии на долните крайници, като е бил хоспитализиран за провеждането на консервативно лечение на съдова недостатъчност от 17.03.2016 г. до 22.03.2016 г. Впоследствие С.С. е бил настанен в УМБАЛ „Света Екатерина“ ЕАД за оперативно лечение на хипертонично сърце от 27.03.2016 г. до 03.04.2016 г. След сключването на процесните застраховки „Ж.“ лицето в периода от 03.12.2017 г. до 10.12.2017 г. е провело болнично лечение на хипертонично сърце.

От ответника по делото е представен лекарски рапорт от 04.10.2017 на д-р Б.Б.Д. /л. 81-84/ за С.С., който съдържа и лична декларация за здравословно състояние на кандидат за застраховане. В последната декларация е посочено, че С.С. не страда от болести с по-тежък характер, няма към конкретния момент установено заболяване, не се води на диспансерен отчет. Отбелязано е, че отчетената стойност на артериалното налягане в последните две години е 120/90, която е в границите на нормалните стойности. Отразена е единствено извършената операция на липом. Декларацията е подписана от кандидата за застраховане, като изрично е отбелязано, че на лицето е известно, че при невярно посочени данни относно възрастта и здравословното му състояние ще бъдат приложени разпоредбите на т. 40 от ОУ на застраховки „Ж.“. Становището на лекаря, извършил прегледа, е, че лицето е било клинично здраво към момента на сключването на застрахователните договори. Довереният лекар на „ДЗИ-Ж.“ ЕАД при изготвяне на лекарския рапорт за здравословното състояние на кандидата за застраховане е изследвал общо състояние, глава, шия, кости, стави, мускули, дихателна система, сърдечно-съдова система /сърдечни тонове и прибавени шумове, сърдечен ритъм и чистота, кръвно налягане, периферен пулс, разширени вени/, коремни органи, нервна система, зрение и слух. Направено е изследване на урина и ЕКГ. В частта относно отразена информация за сърдечни тонове, сърдечен ритъм и честота отразената информация от доверения лекар **е нечетима по представеното копие и не е видно какво е отразено в тези графи.** Лекарския рапорт е подписан от д-р Б. при поставена диагноза „клинично здрав“, като лекарят не е препоръчал сключване на застраховката при утежнен риск или отказ от сключване на застраховката.

В приетата по делото СМЕ е посочено, че при медицинския преглед от д-р Б.Б. здравословното състояние на С.Т.С. е клинично здрав, като според вещото лице лечението на артериалната хипертония е било правилно и е регулирало артериалното му кръвно налягане в границите на нормалните стойности, отчетени от д-р Б. – 120/90. Вещото лице е посочило, че няма данни за извършена аутопсия. Като точната причина за настъпила смърт може да се установи единствено с аутопсията. Вещото лице, извършило приетата по делото СМЕ, в съдебно заседание /виж протокол № 2001 от 07.03.2024 г./ изяснява, че „клинично здрав“ е диагноза, която в смисъла на медицината означава, че лицето няма заболявания. Лекарят е констатирал това състояние вследствие на извършен медицински преглед, при който С.С. е посочил, че страда от хипертония, премерено му е било кръвното налягане и същото е било установено в нормални стойности за това заболяване.

По исконите с правно основание чл. 448, ал. 7 КЗ:

За възникването на правото да се получи плащане на застрахователна сума на основание чл. 448, ал. 7 КЗ ищецът следва при условията на пълно и главно доказване да установи кумулативното наличие на следните материални предпоставки: 1./ наличие на валиден договор за застраховка „Ж.“ между застраховано лице и ответника, 2./ ищецът да е посочен като трето ползващо се лице, 3./ настъпване на застрахователно събитие смърт на застрахованото лице, което е покрит риск по договора, както и 4./ размер на дължимата застрахователна сума.

Застраховката "Ж.", регламентирана в чл. 438, ал. 1 КЗ и сл., е свързана пряко със събития, свързани с Ж.а, здравето или телесната цялост на физическо лице, което може да бъде застрахованият или трето лице. Тя може да бъде с покритие за случай на смърт, за случай на доживяване на определена възраст или със смесено покритие. Застраховката покрива риск, който засяга непосредствено неимуществената сфера на застрахования. Предмет на застраховане са лични, неимуществени блага. За двете страни по нея има насрещни престации – застрахованият да плати застрахователна премия, а застрахователят – застрахователна сума при настъпване покрит застрахователен риск. Застрахователната сума няма обезщетителен характер. Тя е определена в договора като глобален размер и не зависи от размера на претендираните вреди. Разпоредбата на чл. 444, ал. 1 КЗ предоставя възможност на застрахования да определи трето ползващо се лице, без да е необходимо неговото съгласие. Както бе посочено, няма спор между страните относно действителността на двете застрахователни правоотношения между починалия С.С. и ответното дружество, съдържанието им, както и относно обстоятелството, че ищцата М. С. С. – дъщеря на застрахования, е определена като ползващо се лице и по двата процесни застрахователни договора. Не е спорно и настъпването на застрахователното събитие смърт на застрахованото лице в срока за застрахователното покритие на двата договора, а именно на 03.04.2018 г.

При сключването на договор при общи условия по чл. 348 КЗ застрахованият е длъжен да съобщи на застрахователя всички известни нему 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 върху Ж.а, 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. 1 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, като е изключил от класификацията „съществени за риска“ тези обстоятелства, за които застрахователят не е поставил въпроси – чл. 362, ал. 2 предл. 1 КЗ – *решение № 60063 от 30.06.2021 г. по т. д. № 351/2020 г., I т. о. на ВКС*.

Основния спорен по делото въпрос е валидна и приложима ли е разпоредбата на т. 8.14 от раздел IV. „Изключени рискове“ от Общи условия на застраховки „Ж.“ - *„застрахователят се освобождава от задълженията си по застрахователния договор в случай на заболяване, диагностицирано преди началото на застраховката“* и какво е съотношението на тази клауза с т. 41.2., в която е предвидено, че установено укрито заболяване, което е в причинна връзка със смъртта, единствено води до намаляване на дължимата застрахователна сума.

Ищецът твърди, че клаузата на т. 8.14 от ОУ противоречи на чл. 143, ал. 2, т. 6 ЗЗП, а и съдът следи служебно за наличието на неравноправни клаузи в потребителски договори.

В разпоредбата на чл. 143, ал. 1 ЗЗП законодателят е предвидил няколко критерия, чрез които може да се установи неравноправният характер на клауза в договор, сключен с потребител: 1/ клауза, сключена във вреда на потребителя, т. е. клауза, чрез която се злепоставят интересите на потребителя; 2/ клауза, която не съответства на изискванията за добросъвестност, присъщи на нормалните договорни правоотношения и равнопоставеността на съконтрагентите; 3/ клауза, която води до значително неравновесие между правата и задълженията на търговеца или доставчика и потребителя.

Съгласно разпоредбата на чл. 146, ал. 1 ЗЗП включените в потребителските договори неравноправни клаузи са нищожни, освен ако са уговорени индивидуално. Следователно, за да бъдат нищожни процесните клаузи – предмет на иска, е необходимо наличието на две предпоставки: договорните клаузи да бъдат неравноправни; същите да не са уговорени индивидуално. В съответствие с разпоредбата на чл. 4, § 1 от Директива 93/13/ЕИО на Съвета от 05.04.1993г. относно неравноправните клаузи в потребителските договори при преценката за неравнопоставеност на дадена договорна клауза трябва да се отчита характерът на стоките или услугите, за които е сключен договорът, и да се вземат предвид всички обстоятелства, довели до сключването му, към момента на самото сключване.

Индивидуално уговорена клауза по смисъла на чл. 146 ЗЗП е клауза в потребителски договор, която не е била изготвена предварително от търговеца или доставчика, или дори и да е била изготвена предварително, потребителят е могъл да изрази становище по нейното съдържание, доколкото при достатъчно информиран избор, я е приел. Индивидуално уговорена би могла да е и клауза, която се отнася до определяне на основния предмет на договора, както и до съответствието между цената или възнаграждението, от една страна, и

стоката или услугата, която ще бъде доставена или извършена в замяна, от друга страна, съгласно чл. 145, ал. 2 ЗЗП. Клаузите по чл. 145, ал. 2 ЗЗП, които не са индивидуално уговорени, подлежат за преценка от гледна точка на неравноправния им характер, само ако не са изразени ясно и разбираемо. Изискването на ясен и разбираем език включва яснота и разбираемост на клаузите не само от граматическа гледна точка, но прозрачно и недвусмислено изложение на съдържанието на правата и задълженията на страните, така че потребителят да може да предвиди въз основа на ясни и разбираеми критерии произтичащите за него икономически последици. Подписването на договора от потребителя не освобождава търговеца от задължението му да докаже, че намиращи се в договора клаузи, оспорени от потребителя като неравноправни, са били индивидуално уговорени с него – *решение № 98 от 25.07.2017 г. по т. д. № 535/2016 г. на I т. о.* В тежест на застрахователя е доказването, че оспорената клауза е индивидуално уговорена – *арг. чл. 154, ал. 1 ГПК – решение № 51 от 04.04.2016 г. по т. д. № 504/2015 г. на II т. о.*

Оспорената клауза не е индивидуално уговорена. На следващо място, клауза, която дава възможност на застраховател да се освободи от задълженията си по застрахователния договор в случай на заболяване, диагностицирано преди началото на застраховката, противоречи на чл. 143, ал. 2, т. 6 ЗЗП. Въпросната клауза на практика позволява на застрахователя почти във всички случаи да се позове на изключен застрахователен риск и да не заплати застрахователно обезщетение, докато задължението на потребителя за плащане на застрахователна премия е безусловно. Така, уговорената клауза пряко противоречи на чл. 448, ал. 8 КЗ, същата не изисква наличието на причинно-следствена връзка между смъртта и диагностицираното заболяване, а и не разграничава характера на заболяването. На практика с уговорената клауза застрахователят иска да се освободи от отговорност, дори при наличието на леко заболяването, което няма връзка с настъпването на застрахователното събитие, дори при подобна дефиниция заболяването може да е такова, което да не би могло да доведе до смърт на застрахования. Така формулирана клаузата дава възможност на застрахователя да се освободи от задължението, дори когато е уведомен а заболяването. Подобна клауза – „застрахователят се освобождава от задълженията си по застрахователния договор в случай на заболяване, диагностицирано преди началото на застраховката“, която при всевъзможно заболявания без връзка със застрахователното събитие, позволява на търговеца да се освободи от задълженията си по договора по своя преценка, като подобна възможност не е предоставена на потребителя, противоречи на чл. 143, ал. 2, т. 6 ЗЗП и има неравноправен характер. Тази уговорка съществено противоречи и на т. 41.2. от ОУ.

Следва да се посочи, че лекарският рапорт от 04.10.2017 на д-р Б.Б.Д. /л. 81-84/ за С.С., който съдържа и лична декларация за здравословно състояние на кандидат за застраховане, реферира именно към т. 40 от ОУ. Именно в раздел „Задължение за информиране“ и т. 40 – 41, се съдържат правила относно укриването на информация при сключване на договора. Изрично е уредено в т. 41.2., че, ако има укрито заболяване и то е в причинна връзка със смъртта, то се изплаща математически резерв и начислени лихви. Тази разпоредба на още по-голямо основание разкрива неравноправността на т. 8.14 от ОУ,

доколкото укрито заболяване, което е в причинна връзка със смъртта може да доведе единствено до намаляване на застрахователно сума, то очевидно, че заболяване, диагностицирано преди началото на застраховката, не би могло само по себе си да освободи от отговорност застрахователя. Още повече, че т. 8.14. дори не предвижда това заболяване да е укрито при сключването на договора. Доколкото съдът намира уговорката в т. 8.14. от ОУ за неравноправна, приложение между страните в случая намира единствено изричната разпоредба на чл. 41.2. от ОУ, към която част от ОУ и самият застраховател е препратил при съставянето на личната декларация за здравословно състояние на кандидата за застраховане.

В срока за отговор, а и в хода на цялото производство, застрахователят не се е позовал на т. 41.2 от ОУ, поради което и при наличието на настъпила преклузия, съдът не следва да се произнася дали са налице основания за намаляване на дължимото обезщетение. Застрахователят се позовава на т. 8.14., която е предвидена като изключен риск, при наличието на който не се дължи застрахователно обезщетение, а не прави възражение за намаляване на обезщетението съобразно правилата на ОУ в раздел „Задължение за информиране“ от ОУ. Необходимо е изрично да е наведено своевременно в процеса възражение за намаляване размера и позоваване на съответната приложима разпоредба от ОУ /в случая т. 41.2./, което не е направено от страна на ответника по настоящото производство. Възражението по характера си е материалноправно, като същото не е въведено в процеса в срока по чл. 131 ГПК, поради което и на основание чл. 133 ГПК е настъпила процесуална преклузия. При наличието на въведено възражение за отказ от плащане, което е прието за неоснователно, съдът не може служебно да намали застрахователното обезщетение – изрично в този смисъл *решение № 365 от 13.12.2018 г. по т. д. № 2841/2017 г. на II т. о. на ВКС*.

Оттук, ищецът е доказал фактическия състав на претенциите. **За пълнота на изложението** следва да се посочи и:

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, а именно – той няма право да прекрати едностранно застрахователния договор, да откаже плащане или да намали неговия размер на основание, че не е отговорено или е отговорено неясно /чл. 362, ал. 3 КЗ/. Съгласно чл. 362, ал. 5 КЗ застрахователят не може да се позовава на неточно обявяване на съществени за риска обстоятелства, които са били проверени от него при сключване на застрахователния договор. В случая както в предложение № 0029276, така и в лекарския рапорт липсват конкретни и ясни въпроси относно наличието на сърдечно-съдови заболявания. Липсва дефиниция на посоченото в т. 1 от декларацията за здравословно състояние „болести с по-тежък характер и продължителност“, поради което и не може да се приеме, че за потребителя е било ясно какви заболявания влизат в тази категория. Видно от рапорта С.С. е прегледан от доверен лекар на застрахователя, премерено му кръвно налягане, направено му е ЕКГ. Изрично в

медицинската част се съдържа графа за състоянието на „сърдечно-съдовата система“ на изследваното лице. Ето защо, съдът намира, че в случая може да намери приложение правилото на чл. 362, ал. 5 КЗ, доколкото състоянието на сърдечно-съдовата система на С.С. е проверено от доверен на застрахователя лекар преди сключването на застраховките, който лекар е констатирал, че лицето е „клинично здраво“. В тази насока е важно да се отбележи и, че представения по делото екземпляр от застрахователя е нечетлив **в частта относно отразената при прегледа информация за сърдечни тонове, сърдечен ритъм и честота**, като не става какво точно е констатирал довереният лекар преди да даде диагноза „клинично здрав“. В тази насока и конкретизацията на вещото лице в с. з., според което С.С. е уведомил преглеждащия го за заболяването си, но доколкото при прегледа и изследванията не е констатирано това състояние, а кръвното налягане в било в рамките на нормалното, той е записан като клинично здрав. В самото заключение по кредитирана СМЕ е отразено и, че лечението на хипертоничната болест е било правилно и е регулирало артериалното му кръвно налягане. Т. е. дори да беше наведено в срока за отговор надлежно възражение за намаляване на обезщетението и приложение на т. 41.2. от ОУ, то приложението на чл. 362, ал. 5 КЗ би изключило възможността за намаляване на отговорността.

Не на последно място, в СМЕ е посочено, че точната причина за настъпилата смърт и придружаващи заболявания, както и усложненията от тях, могат да се установят единствено посредством съдебномедицинска или патологоанатомична аутопсия, каквато в случая не е извършена. Вещото лице изяснява, че лекарят, съставил съобщението за смърт от 04.04.2018 г., е вписал, че се касае за инфаркт на миокарда, предизвикан от артериалната хипертония въз основа на наличните данни, че лицето е страдало от това заболяване, както и с оглед механизма на бързо осъществилата се смърт. От заключението на вещото лице става ясно, че всяка биологична смърт настъпва със сърдечносъдова и дихателна недостатъчност. Причина за смъртта се явява състоянието, което е довело до тази недостатъчност, и същото следва да бъде идентифицирано с точност. Законосъобразното приложение на основанията за отказ от изплащане на застрахователното обезщетение е обусловено от наличието на пряка причинно-следствена връзка между неизпълнението на конкретното задължение на застрахования и настъпването на застрахователното събитие, като доказването на пряка причинната връзка е в тежест на застрахователя.

Приложеното по делото съобщение за смърт от 04.04.2018 г. в графа „болест или състояние, непосредствено довело до смърт“, където е записано „артериална хипертония“, няма характер на официален удостоверителен документ по смисъла на чл. 179 ГПК. Приложеното по делото съобщение за смърт е съставено от дежурен лекар, без лекарят да е възприел самото настъпване на смъртта и то **на следващия ден след настъпването на смъртта** на лицето, поради което вписаната от него причина за смъртта няма характер на официално удостоверяване, а в тази му част документът има характер на писмено доказателство, чиято доказателствена стойност следва да бъде определена при съпоставка с останалите доказателства по делото.

Предявените иски по чл. 448, ал. 8 КЗ са доказани по основание и застрахователят

дължи заплащането на застрахователни обезщетения на лицето, в чиято полза са сключени двете застрахователни полици. Ответникът в срока за отговор не е направил възражение за прихващане на вземането за незаплатени премийни вноски до края на текущата застрахователна година по срочна рискова застраховка „Ж.“ – „ДЗИ Динамик“ № RL710001751, поради което и претенциите следва да се уважат изцяло в претендираните размери, както следва: за сумата от **30 000 лв.** по Срочна рискова застраховка „Ж.“ – „ДЗИ Динамик“ № RL710001751, полицата по която е издадена на 11.10.2017 г. и за сумата от **3 000 лв.** по Срочна рискова застраховка „Ж.“ – „ДЗИ Динамик“ № RL710001752, полицата по която е издадена на 11.10.2017 г.

По исковете с правно основание чл. 86, ал. 1 ЗЗД:

На основание чл. 405 КЗ, при настъпване на застрахователното събитие застрахователят е длъжен да плати застрахователно обезщетение в уговорения срок. Срокът не може да е по-дълъг от срока по чл. 108, ал. 1 – 3 или 5 КЗ - 15 работни дни от представянето на всички доказателства, удостоверяващи застрахователното събитие или 6 месеца от предявяване на претенцията. На основание чл. 409 КЗ, застрахователят дължи законната лихва за забава върху дължимото застрахователно обезщетение след изтичане срока по чл. 405 КЗ, освен в случаите на чл. 380, ал. 3 КЗ. Застрахователят е бил в забава от датата на отказа за изплащане на обезщетение с писмо с изх. № от 04.07.2018 г., а не от датата на заявяване на претенцията пред ответника – 10.04.2018 г. Основателно е и възражението за давност на акцесорните претенции. Вземанията за лихви представляват периодични задължения, за които законът предвижда погасяване с изтичане на кратката тригодишна давност по чл. 111, б. „в“ от ЗЗД. Това означава, че претендираната от ищеца законна лихва за забава върху дължимата главница по двата застрахователи договора е погасена по давност за периода от 10.04.2018 г. до 23.03.2020 г., тъй като исквата молба е подадена на 23.03.2023 г., респективно погасени по давност са всички вземания за лихви преди 23.03.2020 г. Съдът съобрази и, че за периода от 13.03.2020 г. до 08.04.2020 г. вкл. не се прилагат последиците от забава за плащане на задължения на частноправни субекти, вкл. лихва не се дължи, на осн. чл. 6 от Закона за мерките и действията по време на извънредното положение, обявено с решение на Народното събрание от 13 март 2020 г. Оттук и претенцията е основателна за периода 09.04.2020 г. – 22.03.2023 г. включително. След използване на електронния калкулатор на интернет страницата на НАП и на основание чл. 162 ГПК съдът определи размера на претенцията за обезщетение за забава върху сумата от 30000 лв. за периода 09.04.2020 г. – 22.03.2023 г. в размер на 9079.79 лв. и върху сумата от 3000 лв. за периода 09.04.2020 г. – 22.03.2023 г. в размер на 907.98 лв. Оттук и искът по чл. 86 ЗЗД върху главницата по Срочна рискова застраховка „Ж.“ – „ДЗИ Динамик“ № RL710001751 следва да се уважи за сумата от **9079.79 лв.** за периода 09.04.2020 г. – 22.03.2023 г., а за разликата до пълния предявен размер от 15 172.01 лв. и за периода от 10.04.2018 г. до 08.04.2020 г. вкл. – да се отхвърли. Искът по чл. 86 ЗЗД върху главницата по Срочна рискова застраховка „Ж.“ – „ДЗИ Динамик“ № RL710001752 г. следва да се уважи за сумата от **907.98 лв.** за периода 09.04.2020 г. – 22.03.2023 г., а за разликата до пълния

предявен размер от 1 517.18 лв. и за периода от 10.04.2018 г. до 08.04.2020 г. вкл. – да се отхвърли

По разноските:

При този изход на спора на страните се дължат разноски по съразмерност.

Ищцата М. С. С. е представила списък с разноски по чл. 80 ГПК за извършени такива в общ размер на 5 783.87 лв, както следва – 1993.87 лв. – за заплатена ДТ, 500 лв. – депозит на вещо лице по назначената СМЕ, и 3290 лв. – адвокатско възнаграждение. Представени са по делото доказателства за заплащането на претендираните суми. Съгласно *т. 1 на Тълкувателно решение от 06.11.2023 по тълк. дело № 6 от 2012 г. на ОСГТК на ВКС* съдебни разноски за адвокатско възнаграждение се присъждат, когато страната е заплатила възнаграждението. В договора следва да е вписан начинът на плащане – ако е по банков път, задължително се представят доказателства за това, а в случай че страните са уговорили плащане в брой – вписването на направеното плащане в договора за правна защита и съдействие е достатъчно и има характер на разписка. Предвид уговореното плащане на адвокатския хонорар в брой в договора за правна защита и съдействие, сключен между ищцата и нейния процесуален представител /л. 9 – гръб/, представянето на последния по делото е достатъчно за установяване на направените разноски за адвокатско възнаграждение.

Направено е възражение по чл. 78, ал. 5 ГПК за прекомерност на адвокатското възнаграждение на процесуалния представител на ищеца до минималния размер по Наредба № 1 от 9 юли 2004 г. Определеният по Наредба № 1 от 9 юли 2004 г. за минималните размери на адвокатското възнаграждение минимален размер на адвокатското възнаграждение е 4 625.10 лв. Същият надвишава този, заплатен от М. С. С.. Доколкото възражението изрично е направено само ако възнаграждението е в размер по-висок от минималния по Наредба, то възражението се явява неоснователно. При това положение на ищцата се дължат съдебни разноски по съразмерност в общ размер на **5003.82 лв.**, които ще се възложат в тежест на ответника

На ответника също се дължат разноски по съразмерност. На същия ще се присъди по съразмерност сумата от **13.49 лв.** /съразмерно на определеното от съда по реда на чл. 78, ал. 8 ГПК вр. с чл. 37 ЗПП юрисконсултско възнаграждение/.

Водим от горното, **СОФИЙСКИЯТ ГРАДСКИ СЪД**

РЕШИ:

ОСЪЖДА „ДЗИ-Ж.“ ЕАД, ЕИК ****, със седалище и адрес на управление в гр. София, п.к. 1463, район „Триадица“, бул. ****, да заплати на основание *чл. 448, ал. 7 КЗ и чл. 86, ал. 1 ЗЗД* на М. С. С., ЕГН *****, с адрес в гр. София, ж. к. ****, следните суми:

- сума в размер на **30 000 лв.**, представляваща застрахователно обезщетение по застрахователен договор Срочна рискова застраховка „Ж.“ – „ДЗИ Динамик“ №

RL710001751, полицата по която е издадена на 11.10.2017 г., със срок на договора от 10.10.2017 г. до 10.10.2022 г., поради настъпило застрахователно събитие – смърт на застрахованото лице – С.Т.С., ЕГН *****, както и обезщетение за забава върху тази сума в размер на **9079.79 лв.** за периода 09.04.2020 г. – 22.03.2023 г. включително, като **ОТХВЪРЛЯ** акцесорния иск по чл. 86, ал. 1 ЗЗД за разликата над присъдения размер от 9079.79 лв. до пълния предявен размер от 15 172.01 лв. и за периода от 10.04.2018 г. до 08.04.2020 г. вкл.;

- сума в размер на **3 000 лв.**, представляваща застрахователно обезщетение по застрахователен договор Срочна рискова застраховка „Ж.“ – „ДЗИ Динамик“ № RL710001752, полицата по която е издадена на 11.10.2017 г., със срок на договора от 10.10.2017 г. до 10.10.2022 г., поради настъпило застрахователно събитие – смърт на застрахованото лице – С.Т.С., ЕГН *****, както и обезщетение за забава върху тази сума в размер на **907.98 лв.** за периода 09.04.2020 г. – 22.03.2023 г. включително, като **ОТХВЪРЛЯ** акцесорния иск по чл. 86, ал. 1 ЗЗД за разликата над присъдения размер от 907.98 лв. до пълния предявен размер от 1 517.18 лв. и за периода от 10.04.2018 г. до 08.04.2020 г. вкл.;

- на основание чл. 78, ал. 1 ГПК, сума в размер на **5003.82 лв.**, представляваща съдебни разноски по съразмерност.

ОСЪЖДА М. С. С., ЕГН *****, с адрес в гр. София, ж. к. ****, да заплати на „ДЗИ-Ж.“ ЕАД, ЕИК ****, със седалище и адрес на управление в гр. София, п.к. 1463, район „Триадица“, бул. ****, на основание чл. 78, ал. 3 вр. с ал. 8 ГПК сума в размер на **13.49 лв.**, представляваща юрисконсултско възнаграждение по съразмерност.

Решението може да бъде обжалвано с въззивна жалба пред Софийски апелативен съд в двуседмичен срок от връчването на съобщението на страните.

Съдия при Софийски градски съд: _____