

РЕШЕНИЕ

№ 198

гр. София, 07.02.2025 г.

В ИМЕТО НА НАРОДА

СОФИЙСКИ ГРАДСКИ СЪД, ТО VI-24, в публично заседание на двадесет и втори октомври през две хиляди двадесет и четвърта година в следния състав:

Председател: Милена Богданова

при участието на секретаря Ирина Ст. Василева
като разгледа докладваното от Милена Богданова Търговско дело №
20241100900289 по описа за 2024 година

за да се произнесе взе предвид следното :

Производството е образувано по искова молба на УМБАЛСМ "Н.И.ПИРОГОВ" ЕАД, ЕИК 130345786, бул.,Тотлебен" №21, гр.София 1606, против ЗАД „АЛИАНЦ БЪЛГАРИЯ“ АД, ЕИК 040638060, Район Лозенец, ул. „Сребърна“ № 16, с която се иска ответникът да бъде осъден да заплати на ищеца сума в размер на 51 537лв., представляваща застрахователната сума по полица №13130142270000022 за застраховка „Професионална отговорност на лица, упражняващи медицинска професия“, ведно със законната лихва върху нея от датата на завеждане на исковата молба до окончателното ѝ изплащане, както и 1 282.60лв. – лихва за забава върху част от главницата в размер на 35 500лв. за периода от 07.11.2023г. /датата на отправената от ищеца първоначална покана за плащане към ЗАД „Алианц България“ АД/ до 13.02.2024 г. /датата на завеждане на исковата молба/, и 254.40 лв. – лихва за забава върху останалата част от главницата в размер на 14 500 лв., за периода от 28.12.2023 г. /датата на повторната покана на ищеца до ответника/ до 13.02.2024 г. /датата на завеждане на исковата молба/. Претендира разноси.

Ищецът твърди, че с влязло в сила решение №990/04.07.2022г. по гр.д. №3543/2021г. на Софийски Апелативен съд е осъден да заплати на В.Х.К. и В.И.К. сума в общ размер на 50 000лева - по 25 000лева за всеки ищец, представляваща обезщетение за претърпени неимуществени вреди от смъртта на сина им, вследствие на неправилно извършена операция (перкутанна транспедикулярна стабилизация на гръдните прешлени) на 22.05.2014г., ведно със законната лихва, считано от 06.01.2015г. до окончателното изплащане на главницата. Лечебното заведение било осъдено да заплати и разноските по делото, както следва: 2 560 лева - адвокатски хонорар за две инстанции и държавна такса в размер на 3000 лева. Съдебното производство на всички инстанции било протекло при участието на ТЛП ЗАД „Алианц България“ АД - застраховател на УМБАЛСМ "Н.И.ПИРОГОВ" ЕАД по застраховка „Професионална отговорност на лица, упражняващи медицинска професия“ - полица №

13130142270000022. Поддържа, че събитието, предмет на проведеното срещу лечебното заведение съдебно производство, попада в обхвата на застрахователното покритие по сключената застрахователна полица.

Сочи, че въз основа на влязлото в сила съдебно решение, увредените лица В.Х.К. и В.И.К. са се били снабдили с изпълнителен лист и са образували срещу лечебното заведение изпълнително дело №20237880400682 по описа на ЧСИ М. К., рег. №788 в КЧСИ за събиране на вземането им за обезщетение на причинените им от смъртта на сина им неимуществени вреди. Посочва, че в срока за доброволно изпълнение били проведени преговори между лечебното заведение и ЧСИ, в резултат на които било постигнато споразумение дължимото от лечебното заведение обезщетение да се заплати на три транша. С оглед на това, на 30.10.2023г. е извършена първата вноска в размер на 35 500лева, а на 19.12.2023г. е извършено второ плащане в размер на 35 769.54лева.

Твърди, че за първото извършено плащане бил уведомил застрахователя, позовавайки се на сключената полица № 13130142270000022 за застраховка „Професионална отговорност на лица, упражняващи медицинска професия“, и на основание чл. 229 КЗ /отм./, като отправил покана за доброволно плащане с писмо с изх.№ РД-445061/03.11.2023 г., получено от ответното дружество на 07.11.2023 г. С уведомление с вх. на ищеца № РД-44-6047/04.12.2023 г. застрахователя отказал изплащане на претендираното застрахователно обезщетение, с аргумент, че отговорността на застрахователя възниквала единствено при предявен иск в периода на застраховката. Посочва, че в конкретния случай застрахователната претенция е била предявена след срока на застрахователния договор. След второто плащане ищецът бил изпратил писмо за преразглеждане на щетата, ведно с повторна покана за доброволно плащане на сума в общ размера на застрахователната сума от 50 000 лева. Писмото било получено на 28.12.2023 г. С писмо вх. на ищеца № РД-44-5061/12.02.2024г. били уведоми за отказ от страна на ЗАД „Алианц България“ АД да изплати застрахователното обезщетение. Твърди, че за лечебното заведение съществува задължение да уведоми застрахователя от момента, в който той е узнал за настъпването на вредата и в този смисъл „УМБАЛСМ Н. И. Пирогов“ ЕАД е уведомило застрахователя, като го е привлякъл в процеса, веднага щом е получил исковата молба и е узнал за наличието на каквито и да е претенции срещу болницата. Посочва, че по-ранното уведомяване по обективни причини е било невъзможно, тъй като все още не е имало предявена към болницата претенция. Счита, че неговата застрахователна претенция не се погасява с изтичане срока на застрахователния договор, тъй като за вземането е предвиден в закона давностен срок.

Иска се осъждането на ответника за сума в размер на 51 537лв., представляваща застрахователната сума по полица № 13130142270000022 за застраховка „Професионална отговорност на лица, упражняващи медицинска професия“, ведно със законната лихва върху нея от датата на завеждане исковата молба до окончателното й изплащане, както и 1 282.60 лв. – лихва за забава върху част от главницата в размер на 35 500 лв. за периода от 07.11.2023 г. /датата на отправената от ищеца първоначална покана за плащане към ЗАД „Алианц България“ АД/ до 13.02.2024 г. /датата на завеждане на исковата молба/, и 254.40 лв. – лихва за забава върху останалата част от главницата в размер на 14 500 лв., за периода от 28.12.2023 г. /датата на повторната покана на ищеца до ответника/ до 13.02.2024 г. /датата на завеждане на исковата молба/. Претендира разноски.

В срока по чл. 367 от ГПК е постъпил писмен отговор на исковата молба на ответника, с който изцяло оспорва основателността на иска, като излага следните съображения:

На първо място, поддържа, че застрахователното събитие, за което се иска изплащане на застрахователно обезщетение е извън договореното застрахователно покритие, като се позовава на т. 1.1. от ОУ към процесната полица.

На следващо място, посочва, че бил уведомен за застрахователното събитие с привличането му като ТЛП по гр. д. № 6919/2019 г. по описа на СГС, което се е случило в края на 2019 г. или повече от четири години след изтичане на срока на застраховката, респективно на срока, в който ищецът е могъл да претендира плащане по нея. Твърди, че страните по застрахователния договор са имали знанието за своите права и задължения още при неговото сключване, като се позовава на представения с исковата молба доклад от Петър Найденов - началник на отдел „Правен“ в Лечебното заведение, съдържащ становище на лечебното заведение, че „сключването на застрахователния договор с клауза, че претенциите трябва да се предявяват в срока на застрахователния договор не е незаконосъобразно, допустимо е, макар и да не било в интерес на болницата. Твърди, че лечебното заведение било наясно с възможността си да претендира изплащане на застрахователно обезщетение само в срока на действие на полицата. С оглед на това, посочва, че ищецът е могъл да предяви претенциите си в срока на полицата.

Посочва още, че ищецът не е изпълнил своето задължение на уведоми Алианц България за настъпилото застрахователно събитие. Това задължение не е изпълнено нито след приключване на неуспешната оперативна намеса, нито след неуспешния опит за стабилизиране на пострадалия, нито при изписването му, което очевидно е било провокирано от неправилното лечение. Като основание на това задължение посочва т. 1 на раздел VII от Общите условия, според което при настъпване на събитие, което би могло да доведе до претенция по застраховка, застрахованият е длъжен: 1.1. да уведоми застрахователя не по-късно от 7 /седем/ дни, след като събитието му е станало известно; 1.2 да предостави на застрахователя възможност да се запознае с всички обстоятелства по случая; 1.3. да предостави на застрахователя всички сведения за събитието, да поддържа точна и изчерпателна документация по случая, която при поискване да предостави на застрахователя и да запази всички материали и документи по случая до окончателното уреждане на претенциите произтичащи от него. Сочи, че оперативно лечение е проведено на 22.05.2014г. В проведното се съдебно производство, в което е ангажирана отговорността на ищеца били събрани множество доказателства в подкрепа на твърдението на ответника, че лечебното заведение е могло да предвиди настъпването на застрахователно събитие и да съобщи на Алианц България за него. Сочи, че дори да се приеме, че ищецът не е могъл да предвиди настъпилите в крайна сметка фатални за пациента последици, следва да се приеме, че самото влошаване на пострадалия следва да се възприеме като събитие, което би могло да доведе до претенция по настоящата застраховка. Посочва, че съгласно т.8 от Общите условия, когато застрахованият не изпълни свое задължение по раздел VII застрахователят има право да намали или откаже отпускането на обезщетение, поради което основателно бил отказал изплащането на претенцията.

Ответникът поддържа, че вредите, причинени от болничното заведение били в резултат на груба небрежност, поради което събитието се изключвало от застрахователно покритие. Сочи, че причината за оперативната намеса били счупвания на прешлените - рутинна операция, която обаче, поради грубо неспазване на медицинските стандарти, е причинила перманентно обездвижване на долните крайници на пациента, инфектирането му, а в следствие и неговата кончина. За проявена груба небрежност следва да се счете и липсата на адекватна реакция при измерената висока температура на пациента в период от две седмици след оперативните интервенции и изписването му в това състояние, въпреки наличието на основателни съмнения за незараствнала оперативна рана. Медицинският екип бил

запознат с общото увредено състояние на пациента вследствие на травматичните увреждания, причинени от инцидента, поради което той вследствие е опериран. Екипът е бил запознат и с индивидуалните физиологични особености, заради придружаващите заболявания - затлъстяване 5-та степен, затрудняващо точната визуализация на апарата и прецизното въвеждане на винтове. Всички тези обстоятелства е следвало да бъдат взети предвид от оператора, като е следвало да бъдат преценени при избора на оперативен достъп и оперативна техника, съгласно нормативно установения медицински стандарт „Неврохирургия“.

Прави възражение за погасено по давност вземане, като посочва, че исковата претенция е предявена след предвидения в закона давностен срок. Застрахователното събитие е настъпило на 22.05.2014г., а Алианц България е привлечено като трето лице-помагач през м. ноември, 2019г., т. е. след изтичането на 5 годишната давност, приложима на основание чл. 197 от КЗ (отм.). Искът срещу застрахователя пък е предявен през 2024г. - почти десет години след настъпването на събитието, което на собствено основание води до погасяване правото на иск.

Преписи от отговора на исковата молба и приложенията към него са връчени на ищеца. В законоустановения двуседмичен срок ищецът е упражнил правото си да депозира допълнителна искова молба, с който поддържа изложеното с исковата молба и излага правни аргументи в подкрепа на исковата си претенция.

В срока по чл.373 от ГПК е депозирал допълнителен отговор от ответника, с който поддържат, че процесното застрахователно събитие е настъпило извън договореното между страните застрахователно покритие, поради което не следва да бъде ангажирана отговорност на застрахователя. Сочи, че застрахователният договор бил сключен на принципа на “claims made”, който принцип имало три модела на приложение, като се твърди, че процесното договорно правоотношение между страните кореспондира на първия модел, съгласно който на обезщетяване подлежат претенции, които са повдигнати срещу застрахования или застрахователя по време на застрахователния договор и произтичат от събития през същия период. Поддържа се, че ищецът не е уведомил своевременно ответника за застрахователното събитие, поради което застрахователят основателно е отказал изплащането на застрахователно обезщетение.

След като съобрази доводите на страните и събраните по делото доказателства, поотделно и в тяхната съвкупност, съдът намира за установено от фактическа страна следното.

По делото няма спор, че между страните е сключена застраховка „Професионална отговорност на лица, упражняващи медицинска професия“, обективирана в полица №1313-142270000022 с покритие от 00:00ч. на 23.05.2014г. до 24:00 ч. на 22.05.2015г.

Не се спори и че ответникът е участвал като ТЛП в производството по гр. д. № 6919/2019 г. по описа на СГС, както и в делата по инстанционния контрол – гр. д. 3543/2021 г. по описа на САС и гр. д. 30 /2023 г. по описа на II Г. О. на ВКС.

По делото е представена застрахователна полица №1313-142270000022, по която застраховател е ответното дружество, а застрахован е лечебно заведение УМБАЛСМ Пирогов. Предметът на застраховката е - Професионална отговорност на лица, упражняващи медицинска професия. Периодът на застраховката е от 00:00ч. на 23.05.2014г. до 24:00 ч. на 22.05.2015г.

По делото са представени, представляващите неразделна част от застрахователната полица, Общи условия, съгласно които ЗАД "Алианц България" АД.

От приложенияте съдебни актове, се установява, че с влязло в сила решение

№990/04.07.2012г. по гр.дело №3543/2021г. по описа на Софийски апелативен съд, с което се отменя първоинстанционното решение по гр.Д.№6199/2019г. по описа на СГС, ищецът УМБАЛСМ „Н.И.Пирогов“ ЕАД е осъден на основание чл. 49 във връзка с чл.45 от ЗЗД да заплати на В.Х.К. и В.И.К. сумата от 50 000 лева по 25 000лв. за всеки от тях, представляващи обезщетение за претърпени неимуществени вреди от смъртта от сина им, вследствие на неправилно извършена операция /перкутанна транспедикулярна стабилизация на гръдните прешлени/ на 22.04.2014г., ведно със законната лихва, считано от 06.01.2015г. до окончателното изплащане на главниците, ведно с присъдените разноски за две инстанции.

Съдебното решение е постановено при участие на ЗАД „Алианц България“ АД – застраховател на ищеца като трето лице-помагач на страната на УМБАЛСМ „Н.И.Пирогов“ ЕАД. Окончателно разрешение на спора между страните е приключил след постановяване на определение №1517 от 07.06.2023г. по гр.д.№30/2023г. на ВКС, II ГО, съгласно което решението на апелативния съд не е допуснато до касационно обжалване.

Не се спори по делото, че ищецът е заплатил на трети лица – В.Х.К. и В.И.К. присъденото обезщетение.

С писмо изх.№РД - 445061/03.11.2023г. ищецът отправил покана за доброволно изпълнение до ЗАД „Алианц България“ АД за заплащане на заплатената на 30.10.2023г. от него сума в размер на 35 500лв.

С Уведомление вх.№РД-44-6047/04.12.2023г. ответникът отказал изплащане на претендираното застрахователно обезщетение с мотиви, че отговорността на застрахователя възниквала единствено при предявен иск в периода на застраховката, а в случая претенцията била предявена след срока на застрахователния договор.

От приложеното писмо изх.№РД-44-5061/21.12.2023г. се установява, че ищецът отново е заявил претенция по процесната застраховка „Професионална отговорност“, след като извършил плащане на окончателния размер от присъдената сума, като представил доказателства за това – 2бр. платежни нареждания от 28.11.2023г. и 19.12.2023г.

С писмо от 12.02.2024г. отново бил постановен отказ от ответното дружество да заплати претендираната сума.

При така установената фактическа обстановка, съдът намира от правна страна следното.

Предявеният главен иск е с правно основание чл. 229 от КЗ (отм.), доколкото нормата е приложима към спорното материално правоотношение, предвид § 22 от ПЗР на КЗ, според която част IV на КЗ (отм.) се прилага за застрахователни договори, сключени до влизане в сила на действащия към момента на постановяване на настоящото решение Кодекс за застраховането (обн. ДВ, бр. 102/29.12.2015г.).

Имуществената отговорност на застрахователя за вреди по застраховката „Гражданска отговорност“, има договорен характер спрямо застрахования и е функционално обусловена от отговорността му за причинените от него вреди. Покритият рискът при този вид застраховка е опасността в тежест на застрахования да възникне задължение за обезщетение към трето лице поради осъществен деликт (Тълкувателно решение №1/23.12.2015 г. по тълк.д.№1/2014 г. на ОСТК на ВКС). Съгласно чл. 229 от Кодекса за застраховането (отм.), застрахованият има право да получи застрахователното обезщетение, ако е удовлетворил увреденото лице.

Предпоставките за основателност на предявения иск са: 1) наличие на договор за застраховка с ответника; 2) настъпване на събитие, което представлява покрит застрахователен риск; 3) наличие на влязло в сила решение, с което ищецът е осъден

да заплати на увреденото лице обезщетение за неимуществени вреди; 4) изплащане на застрахователното обезщетение на увреденото лице;

Установи се по делото, че е налице изплатено от застрахованото лице – ищец, застрахователно обезщетение на увредените лица в присъдените с влязло в сила съдебно решение суми, в което производство застрахователят –ЗАД „Алианс България“ АД е бил конституиран като трето лице-помагач.

Че застрахователят е уведомен, но е в неизпълнение на задължението си да заплати дължимото обезщетение.

Застраховането на професионалната отговорност е вид застраховане на гражданската отговорност на лицата. Застрахователят отговаря само за такива вреди и загуби, които са възникнали при упражняването на определена професия. При нея, както и общата гражданска отговорност, следва да са налице трите предпоставки, които обвързват застрахователя да плати застрахователното обезщетение - вина, вреда и причинна връзка между тях. Съгласно чл.45 от ЗЗД всеки, който е причинил виновно вреди на друго лице, е длъжен да ги поправи. Професионалната отговорност е подвид и доразвитие на това общо правило. В специални закони, с оглед обществената значимост и риска на определени дейности, е предвидено, че за практикуването на определени професии, е нужно да бъде сключена задължителна застраховка "Професионална отговорност" предварително, като без такава застраховка не могат да реализират своите професионални права и задължения, макар и да отговорят на всички останали критерии за упражняване на съответната професия. Съгласно чл. 189 от ЗЗ договорът за професионалната отговорност се сключва от лечебното заведение. Това означава, че то е застраховащият - субектът, който избира застрахователя, прави волеизявление при сключването на договора, определя лицата, които влизат в субективните предели на застрахователната защита, определя лимита на отговорността. В обсега на застраховането влизат лицата, които упражняват медицинската професия.

Съдът намира за неоснователно възражението на ответника, че за да има действие по отношение на него претенцията за заплащане на застрахователно обезщетение, то тя е следвало да бъде предявена писмено пред него в срока на застраховката. Според правилата на ОУ застрахователното събитие се счита за настъпило в срока на действие на застраховката, когато претенцията за обезщетение е предявена срещу застрахования или застрахователя за първи път писмено през срока на действие на застраховката, при условие, че грешката или пропускът, довели до причиняването на вредите, са допуснати след началната дата на застраховката или след вписаната в полицата ретроактивна дата (ако такава е договорена). Подобна клауза практически обезсмисля застрахователната защита, защото този вид договори за застраховка обичайно се сключват за една година. В рамките на същата осъществяването на притивоправното деяние, окончателното настъпване на вредите и предявяване на иск би било възможно в много редки случаи. При подобно тълкуване на формулировката за обсега на застрахователна защита огромна част от лекарските грешки, при които конкретно лекарско действие или бездействие поставя началото на продължителен лечебен или спасяващ живота процес, който може да продължи дълго, остава незащитени както пациентите, така и медицинските лица.

Предвид изложеното, цитираната от ответника клауза на ОУ съставлява правна и фактическа пречка да бъде изпълнена, поради което в съответствие с чл.186, ал.7 от КЗ(отм.) вр. чл. 26, ал. 1 от ЗЗД, като противоречаща на императивна правна норма, се явява нищожна.

Относно изложените от ответника твърдения относно възприетия от страните принцип на застраховане *claims made* с развити три модела за това какво обхваща

застрахователното покритие, съдът намира, че същите са неприложими, доколкото не са посочени в Общите условия и не подлежат на обсъждане.

Съгласно разпоредбата на чл.229 от КЗ (отм.), застрахованият по застраховка "Гражданска отговорност" има право да получи застрахователното обезщетение, ако е удовлетворил увреденото лице. По делото този факт се установява, а и не е спорен между страните.

Ответникът е направил възражение за изтекла давност, като съдът намира следното.

Погасителната давност е фактически състав, който погасява правото на принудително изпълнение и включва изтичане на период от време, през който кредиторът бездейства и позоваване - волеизявление на длъжника, че правото на иск на кредитора е преклудирано. Предвид нормата на § 22 от ПЗР на КЗ по отношение на процесното правоотношение приложима е част IV на КЗ (от 2006 г. - отм.). Изключение от това общо правило обаче е въведено с нормата на § 31 от ПЗР на КЗ, която предвижда, че за давността, която е започнала да тече при действието на отменения Кодекс за застраховането, се прилагат чл.378, ал. 1 - 6, ал.8 и чл.379 от КЗ. Последното изключение от общото правило на закона за действие на материалните норми за в бъдеще и по отношение на възникналите при действието им факти и отношения не може да бъде тълкувано разширително, предвид на което и следва да бъде съобразено придаденото обратно действие - по отношение и на започналата да тече давност по договори, сключени преди влизане в сила на КЗ, само по отношение на точно цитираните законови разпоредби, а именно чл.378, ал.1 - ал.6 и ал.8 от КЗ.

В конкретния случай давността, съобразно чл.197 от КЗ (отм.) е започнала да тече от 06.01.2015г., като към дата на влизане в сила на КЗ - 01.01.2016г., не е била изтекла. Поради това и са приложими правилата на чл.378, ал.1 - 6, ал.8 и чл.379 от Кодекса на застраховането (в сила от 01.01.2016г.).

Приложимата разпоредба на чл.378, ал.5 от КЗ предвижда регресните и суброгационни иски и исковете на причинителя на вредата по чл.435 срещу застрахователя по застраховки "Гражданска отговорност" по т. 10 - 13, раздел II, буква "А" от приложение № 1 да се погасяват в срок 5 години, считано от датата на извършеното плащане от страна на застрахователя по имуществена застраховка или от страна на причинителя на вредата. Това означава, че правото на платилия застрахован спрямо застрахователя му по задължителна застраховка "Професионална отговорност" се погасява с общата 5-годишна давност, но същата тече от датата на извършеното плащане, когато възниква регресното право, а не от датата на настъпване на застрахователното събитие, както ответникът твърди.

Ето защо, при извършено в полза на увреденото лице в конкретния случай плащане на 30.10.2023г., към датата на предявяването на исковата молба – 13.02.2024г., не е изтекъл 5-годишен период от време, който да е произвел погасителен ефект по отношение субективното материално право на ищеца по иска за реално изпълнение по договора за застраховка с ответника. Последното подлежи на съдебно установяване и принудително осъществяване и предявеният главен иск следва да бъде уважен до размера от 50 000 лева – главница и лихва за забава.

Основателността на главния иск, обуславя основателността и на акцесорната претенцията по реда на чл.86 ЗЗД, в това число и тази за мораторна лихва в размер на 1537лв. за периода от 07.11.2023г. до 13.01.2024г.

По разностите.

На основание чл. 78, ал. 1 ГПК, в полза на ищеца следва да бъдат присъдени сторените по делото разноски. Съгласно приложеният списък по чл.80 ГПК същите

възлизат в общ размер на 11 029,03лв., от които 2061.48лв. държавна такса и 8 967.55лв. с ДДС адвокатско възнаграждение.

На основание изложеното Софийският градски съд

РЕШИ:

ОСЪЖДА ЗАД „АЛИАНЦ БЪЛГАРИЯ“ АД, ЕИК 040638060, Район Лозенец, ул. „Сребърна“ № 16, да заплати на **УМБАЛСМ "Н.И.ПИРОГОВ" ЕАД**, ЕИК 130345786, бул.„Тотлебен“ №21, гр.София 1606, сума в размер на 51 537лв./петдесет и една хиляди петстотин тридесет и седем/, представляваща застрахователната сума по полица №13130142270000022 за застраховка „Професионална отговорност на лица, упражняващи медицинска професия“, ведно със законната лихва върху нея от датата на завеждане на исковата молба – 13.02.2024г. до окончателното ѝ изплащане, както и 1 282.60лв./хиляда двеста осемдесет и два лева и 60ст./ – лихва за забава върху част от главницата в размер на 35 500лв. за периода от 07.11.2023г. /датата на отправената от ищеца първоначална покана за плащане към ЗАД „Алианц България“ АД/ до 13.02.2024 г. /датата на завеждане на исковата молба/, и 254.40 лв./двеста петдесет и четири лева и 40ст./ – лихва за забава върху останалата част от главницата в размер на 14 500 лв./четиринадесет хиляди и петстотин/, за периода от 28.12.2023 г. /датата на повторната покана на ищеца до ответника/ до 13.02.2024 г. /датата на завеждане на исковата молба/.

ОСЪЖДА на осн.чл.78 ал.1 ГПК **ЗАД „АЛИАНЦ БЪЛГАРИЯ“ АД**, ЕИК 040638060, Район Лозенец, ул. „Сребърна“ № 16, да заплати на **УМБАЛСМ "Н.И.ПИРОГОВ" ЕАД**, ЕИК 130345786, бул.„Тотлебен“ №21, гр.София 1606, разноси в размер на 11 029,03лв./единадесет хиляди 29лева и 03ст./, от които 2061.48лв./две хиляди шестдесет и един лева и 48ст./ държавна такса и 8 967.55лв./осем хиляди деветстотин шестдесет и седем лева и 55ст./ с ДДС адвокатско възнаграждение.

Решението подлежи на обжалване пред Апелативен съд София в двуседмичен срок от връчването му на страните.

Съдия при Софийски градски съд: _____