

РЕШЕНИЕ

№ 876

гр. София, 01.07.2026 г.

В ИМЕТО НА НАРОДА

СОФИЙСКИ ГРАДСКИ СЪД, ТО VI-8, в публично заседание на девети юни през две хиляди двадесет и шеста година в следния състав:

Председател: Стою Хр. Згуров

при участието на секретаря Светлана Г. Кръстева
като разгледа докладваното от Стою Хр. Згуров Търговско дело №
20261100900089 по описа за 2026 година

за да се произнесе взе предвид следното:

Съдът е сезиран с искова молба, подадена от „Специализирана болница за активно лечение по детски болести – проф. Иван Митев“ ЕАД, ЕИК 000662790 срещу „ЗАСТРАХОВАТЕЛНА КОМПАНИЯ ЛЕВ ИНС“ АД, ЕИК 121130788, с която е предявен частичен осъдителен иск с правно основание чл. 435 вр. чл. 434, ал. 1 КЗ, относно осъждането на ответника да заплати на ищеца сумата от **25 564, 59 евро** (50 000 лева), представляваща част от вземане в пълен размер от 255 645,94 евро (500 000 лева) - застрахователно обезщетение по застраховка „Професионална отговорност“ по застрахователна полица № 00088140/13121910001453 от 12.02.2019 г. за вреди от събитие, настъпило на 14.11.2019 г., ведно със законната лихва върху главницата, считано от 15.01.2026 г. до окончателното плащане на задължението, като относно друга част от процесното вземане, а именно за главница от 25 564, 59 евро (50 000 лева), ведно със законната лихва върху тази сума от 30.08.2024 г. до окончателното изплащане на задължението, е постановено и влязло в законна сила на 27.01.2026 г. Решение № 1753/10.12.2025 г. по описа на СГС, ТО, VI-2 състав.

Ищецът твърди, че между него и ответното застрахователно дружество на 12.02.2019 г. е сключен застрахователен договор „Професионална отговорност“, обективиран в застрахователна полица № 00088140/13121910001453, със срок на покритие от 13.02.2019 г. до 12.02.2020г., който обхваща имуществени и неимуществени вреди, причинени при или по повод упражняване на медицинска професия, включително съответните разноски и лихви, като дължимата застрахователна премия е изцяло заплатена.

Сочи, че през 2022 г. срещу него са предявени два иска пред Софийски градски съд – по гр. д. № 8560/2022 г., ГО, I-7 състав и по гр. д. № 10597/2022г., ГО, I-21 състав, от родителите на починал пациент – А.П., като в исковите молби се твърди, че вследствие на недостатъчна и некачествена медицинска помощ при лечението на детето, починало на 14.11.2019 г., са настъпили вреди, за които се претендира обезщетение от по 450 000 лв. за всеки от ищите, ведно със законната лихва. Ищецът излага твърденията, че за предявените претенции своевременно е уведомил застрахователя и е поискал конституирането му като трето лице-помагач в двете производства, като между страните са водени преговори за доброволно уреждане на спора, поради което делата са били спрени по взаимно съгласие.

Ищецът заявява, че след извършена вътрешна проверка и обсъждане на случая от съвета на директорите е било прието, че са налице съществени пропуски в организацията и оказването на медицинска помощ (липса на триаж, регистрация, своевременно преглед и адекватна оценка на състоянието, както и забавено започване на лечение), поради което е взето решение за сключване на споразумения с ищите за изплащане на обезщетения в размер на по 250 000 лв., като това решение е одобрено от едноличния собственик на капитала – министъра на здравеопазването.

Ищцовата болница добавя, че застрахователят е бил многократно уведомяван за хода на делата, за водените преговори и за параметрите на бъдещите спогодби, включително чрез електронна кореспонденция и срещи с негов представител, като не е изразил възражения срещу сключването им.

Ищецът сочи, че съдебните производства са възобновени и по двете дела са одобрени съдебни спогодби – съответно на 13.06.2023 г. и 15.06.2023 г., с които той се е задължил да заплати на всеки от ищите по 250 000 лв. на разсрочено плащане, а ищите са се отказали от претенциите си за разликата над тези суми, като производствата са прекратени с влезли в сила определения. В тази връзка твърди, че е изпълнил изцяло задълженията си по спогодбите, като е заплатил общо сумата от 500 000 лв. на увредените лица, след което е предявил претенция пред застрахователя за изплащане на застрахователно обезщетение, по която е образувана щета, но същата е била неоснователно отказана с писмо от 20.11.2023 г.

Ищецът добавя, че впоследствие е изпратил изрично известие до застрахователя за одобрение на спогодбите, като поради липсата на възражение счита, че е налице одобрение чрез конклюдентни действия, а дори и при липса на такова, отговорността на застрахователя следва да се ангажира, тъй като са налице предпоставките за гаранционно-обезпечителна отговорност по чл. 49 вр. чл. 45 ЗЗД, както и приложимост на чл. 434 и чл. 435 КЗ.

На следващо място ищецът излага фактите, че за част от вземането вече е предявил иск по т. д. № 1779/2024 г. по описа на Софийски градски съд, ТО, VI-2 състав, с цена 50 000 лв., който е уважен с решение № 1753/10.12.2025 г., като съдът е приел, че са налице предпоставките за ангажиране отговорността на застрахователя, макар и при лимит на отговорност от 100 000 лв.

Въз основа на изложеното ищецът претендира осъждане на ответника да заплати сумата от 50 000 лв. (25 564,59 евро), представляваща част от общо платено обезщетение в размер на 500 000 лв. по застрахователния договор и в рамките на застрахователния лимит, ведно със законната лихва за забава от датата на предявяване на исковата молба (15.01.2026 г.) до окончателното изплащане, както и направените по делото разноски.

В законоустановения срок за отговор на исковата молба, такъв постъпи от страна на ответника, като с него се оспорва основателността на исковата претенция.

Ответникът сочи, че не е участвал в производствата по гр. д. № 8560/2022 г., ГО, I-7 състав и гр. д. № 10597/2022 г., ГО, I-21 състав по описа на Софийски градски съд, образувани срещу ищеца, приключили със съдебни спогодби, с които ищецът се е задължил да заплати на увредените лица обезщетения в размер на по 250 000 лв. Твърди, че е бил лишен от възможността да участва в посочените съдебни производства и да вземе становище по предявените срещу ищеца искове, поради което сключените спогодби не му са противопоставими и не пораждат задължение за изплащане на застрахователно обезщетение. Поддържа, че съгласно т. 30.3 от Общите условия по застраховката „Професионална отговорност“ спогодбата между увреденото лице и застрахования обвързва застрахователя само ако същата бъде одобрена от него, като в конкретния случай такова одобрение липсва.

Ответникът възразява, че не са налице предпоставките за ангажиране на неговата гаранционно-обезпечителна отговорност, тъй като претендираните вреди не са причинени виновно при или по повод упражняване на медицинска професия от лица, обхванати от застрахователното покритие по процесната полица. Добавя, че в производствата по посочените дела не е доказано по безспорен начин наличието на противоправно поведение (действие или бездействие) от страна на медицинския персонал на лечебното заведение, нито нарушение на изискванията за качество и достатъчност на медицинската помощ по смисъла на чл. 81, ал. 1 и ал. 2 от Закона за здравето. Твърди, че не е установена и пряка причинно-следствена връзка между настъпилите неимуществени вреди и твърдяното противоправно и виновно поведение на лица, упражняващи медицинска дейност в лечебното заведение.

На следващо място ответникът възразява, че дори да се приеме, че искът е основателен, неговата отговорност е ограничена до лимита по застрахователния договор, като поддържа, че този лимит възлиза на 50 000 лв. за едно застрахователно събитие. По отношение на другата част от спорното вземане сочи, че в производство по т. д. № 1779/2024 г. на СГС, ТО, VI-2 състав съдът е приел, че лимитът на отговорност е 100 000 лв. за едно събитие с оглед категорията на застрахованото лице, но поддържа собственото си становище относно приложимия лимит.

В законоустановения срок постъпи допълнителна искова молба, с която ищецът оспорва изцяло възразенията, изложени в отговора на ответника, като поддържа първоначалната си искова претенция и излага допълнителни фактически и правни съображения в подкрепа на основателността на иска.

Сочи, че възражението на ответника за липса на медицински деликт е неоснователно, като конкретизира противоправните бездействия на медицинския персонал при лечението на детето А.П., изразяващи се в липса на медицински триаж при прием, липса на регистрация, липса на извършен преглед и оценка на състоянието, оставяне на пациента да изчаква без своевременна медицинска намеса, както и в неадекватна оценка на състоянието и забавено започване на интензивно лечение от дежурния лекар, като критичното състояние е установено от външен консултант. Излага съображенията, че тези противоправни бездействия се намират в пряка причинно-следствена връзка с настъпилия смъртен изход на 14.11.2019 г., като това се установява и от аутопсионен протокол, поради което е било налице основание за ангажиране на отговорността на лечебното заведение и за сключване на спогодби с увредените лица.

Ищецът твърди, че дори да не се приеме наличие на одобрение на спогодбите от страна на застрахователя, искът следва да бъде уважен на самостоятелно основание – наличие на предпоставките за гаранционнообезпечителна отговорност по чл. 49 вр. чл. 45 ЗЗД, което обуславя и отговорността на застрахователя по застрахователното правоотношение, като се позовава и на постановеното решение № 1753/10.12.2025 г. по т. д. № 1779/2024 г. на СГС по другата част от вземането, което е заявено в настоящото производство.

На следващо място ищецът сочи, че възражението на ответника, че не е участвал в производствата по делата на увредените лица, е неоснователно, тъй като е упражнил правото си да поиска привличането на застрахователя като трето лице-помагач в законовия срок, както и че застрахователят е бил надлежно и своевременно уведомен за образуваните дела, за техния ход и за водените преговори за спогодба, включително чрез електронна кореспонденция и срещи. Според него застрахователят е имал възможност да встъпи в производствата и да защити интересите си, включително и по реда на чл. 218 ГПК, но не е сторил това поради собствено бездействие, поради което не може да черпи права от неучастието си в процесите.

Ищецът заявява, че възражението на ответника за липса на одобрение на спогодбите е неоснователно, тъй като застрахователят е бил многократно информиран за намерението за сключването им и за техните параметри, както и че спогодбите са му били изпратени с изрично известие чрез ЧСИ, връчено на 09.05.2024 г., с предоставен срок за възражение, но такова не е направено, поради което следва да се приеме, че е налице одобрение чрез конклюдентни действия. Оттук прави извода, че при тези обстоятелства следва да се приеме за безспорно, че ответникът не е оспорил сключването на спогодбите с третите лица, поради което това обстоятелство не се нуждае от доказване.

На следващо място излага становището, че възражението на ответника относно лимита на отговорност до 50 000 лв. е неоснователно, като уточнява, че съгласно застрахователната полица медицинският персонал е разпределен в групи, като за съответната група, в която попада лекарят, чието поведение е релевантно за настъпилия резултат, лимитът на отговорност за едно събитие е

100 000 лв., което се признава и от ответника чрез споменаването и позоваването на съдебното решение по т. д. № 1779/2024 г. на СГС. Твърди, че с оглед на този лимит предявеният частичен иск за сумата от 50 000 лв. е изцяло основателен по размер, като моли да бъде прието за безспорно обстоятелството относно размера на лимита на отговорност.

Въз основа на изложеното ищецът поддържа предявения иск и претендира осъждане на ответника да заплати сумата от 50 000 лв., представляваща част от дължимото застрахователно обезщетение за изплатени на увредените лица суми по застрахователния договор, в рамките на лимита на отговорност, ведно със законната лихва и разноските по делото.

В законоустановения срок за отговор на допълнителната искова, такъв не постъпи от страна на ответника.

В съдебното заседание ищецът се представляваше от пълномощника му адв.М., който поддържа предявените искове, моли съда да ги уважи и да присъди в полза на доверителя му разноските по делото.

Ответникът беше представляван в съдебното заседание от пълномощника му адв.Т., която оспорва предявените искове, моли съда да ги отхвърли като неоснователни и да присъди в полза на доверителя ѝ разноските по делото. Релевира възражение за прекомерност на заплатеното в полза на процесуалния представител на ищеца адвокатско възнаграждение, доколкото то надхвърля минимално предвиденото такова в наредбата за възнагражденията за адвокатска работа.

Софийският градски съд, ТО, VI- 8 състав, след като взе предвид доводите и възраженията на страните, събраните по делото доказателства по отделно и в съвкупност, съобразно разпоредбите на чл. 235 ГПК и чл. 12 ГПК, намира за установено от фактическа страна следното:

С доклада на делото като обстоятелство, което не се нуждае от доказване като служебно известно на съда беше отделено това, че с влязло в сила на 27.01.2026 г. Решение № 1753/10.12.2025 г. по описа на СГС, ТО, VI-2 състав, ответното дружество „ЗАСТРАХОВАТЕЛНА КОМПАНИЯ ЛЕВ ИНС“ АД е осъдено да заплати на ищеца „Специализирана болница за активно лечение по детски болести – проф. Иван Митев“ ЕАД друга част от процесното вземане за главница от 50 000 лева, ведно със законната лихва върху тази сума, считано от 30.08.2024 г. до окончателното изплащане на задължението. За безспорни в отношенията между страните и ненуждаещи се от доказване в процеса отново с доклада на делото бяха отделени обстоятелствата, че между тях е сключен застрахователния договор по застраховка „Професионална отговорност“, полица № 00088140/13121910001453, със срок на покритие 13.02.2019 г. – 12.02.2020г.; че самото застрахователно събитие е настъпило на 14.11.2019г., когато е настъпила и смъртта на пациента А.П. при лечение в лечебното заведение на ищеца; че срещу ищеца са били предявени искове по гр. д. № 8560/2022 г. и гр. д. № 10597/2022 г. по описа на СГС от родителите на починалото дете; че по двете дела са сключени съдебни спогодби, с които ищецът се е задължил да заплати по 250 000 лв. на всеки от родителите на

починалото дете, както и че тези суми са вече платени от болницата на увредените лица; че ищецът е заявил щета пред застрахователя и че последният е отказал плащане.

В производството по делото се установи, че с влязло в сила на 27.01.2026г. Решение №1753/10.12.2025г., постановено по т.д.№1779/2024г. предявеният частичен иск за друга част от спорното право е бил уважен, като ответникът „ЗАСТРАХОВАТЕЛНА КОМПАНИЯ ЛЕВ ИНС“ АД, с ЕИК 121130788, е осъден да заплати в полза на „СПЕЦИАЛИЗИРАНА БОЛНИЦА ЗА АКТИВНО ЛЕЧЕНИЕ ПО ДЕТСКИ БОЛЕСТИ – „ПРОФ. ИВАН МИТЕВ“ ЕАД, с ЕИК 000662790, на основание чл. 435 КЗ сумата в размер от 50 000,00 лв., съставляваща част от общо вземане в размер на 500 000,00 лв. - представляващо застрахователно обезщетение по застраховка "Професионална отговорност", сключена във формата на застрахователна полица № 00088140/13121910001453 от 12.02.2019 г., за покриване на неимуществени вреди от събитие настъпило на 14.11.2019 г. – смърт на пациента А.Г.П., ведно със законната лихва върху главното вземане, считано от 30.08.2024 г. до окончателното му плащане.

Съгласно т.2 от Тълкувателно решение №3/2026г., ОСГТК на ВКС, решението по уважен частичен иск за парично вземане се ползва със сила на пресъдено нещо относно правопораждащите факти на спорното субективно материално право при предявен в друг исков процес иск за защита на вземане за разликата до пълния размер на паричното вземане, произтичащо от същото право. Поради това, в настоящото производство правопораждащите факти за получаване на застрахователно обезщетение от страна на ищеца по застраховка "Професионална отговорност", сключена във формата на застрахователна полица № 00088140/13121910001453 от 12.02.2019 г., за покриване на неимуществени вреди от събитие настъпило на 14.11.2019 г. – смърт на пациента А.Г.П. са установени и не е необходимо да бъдат обсъждани отново.

При така установеното от фактическа страна съдът достигна до следните правни изводи:

Спорните факти между страните са концентрирани върху това какъв е приложимият лимит по застраховката в конкретния случай и дали сключените спогодби в другите производства обвързват застрахователя по отношение на уговорения между страните размер.

Според чл. 469, ал. 5 КЗ застрахователният договор за задължителна застраховка "Професионална отговорност" покрива отговорността на застрахования, включително на лицата, които го представляват, на лицата в трудови правоотношения с него и на тези лица, на които застрахованият е възложил изпълнение и ги е включил в застрахователния договор.

Договор за задължителна застраховка "Професионална отговорност" е уреден в Глава „Четиридесет и пет“ на КЗ. Застраховката "професионална отговорност" на лекарите и медицинския персонал е задължителна за лечебното заведение, съгласно чл. 189, ал. 1 от Закона за здравето и именно в

тази връзка болницата-ищец е сключила такава с ответния застраховател. Предназначението на задължителната застраховка "професионална отговорност" е да замести отговорността на лечебното заведение, която се поражда от причиненото от неговите служители непозволено увреждане, с отговорността на застрахователя

В процесния случай отговорността на ответника „ЗАСТРАХОВАТЕЛНА КОМПАНИЯ ЛЕВ ИНС“ АД за дължимо обезщетение по чл. 435 КЗ е ограничена до ясно разписаните в застрахователната полица сключена на 12.02.2019 г. между болницата-ищец и застрахователя лимити на отговорност. Тези лимити са предвидени по отношение на всеки един служител упражняващ медицинска дейност в лечебното заведение, като видно от волята на договарящите се, медицинският персонал е разпределен в три групи, като за всяка има установен лимит за едно събитие, съответно за агрегат, за срока на договора. В случая д-р Е.Г. попада във втората група от 55 броя служителя, като тук лимитът за отговорност за едно събитие е 100 000 лв. Съдът намира, че именно това е приложимият лимит на отговорност, която носи застрахователя по настъпилото на 14.11.2019 г. застрахователно събитие – смърт на пациента А.Г.П..

Позоваването на ищеца, че според чл. 19.1 от ОУ приложими към застрахователното правоотношение по застраховка „Професионална отговорност на лекари и медицинския персонал“ застрахователната сума за едно събитие е 500 000 лв. не се споделя от съда, тъй като е налице изключението въведено със същия текст, а именно с нормативен акт да не е предвидено нещо друго. В случая към момента на сключване на полицата – 12.02.2019 г. е била приета и действаща – считано от 28.09.2018 г. Наредба за задължителното застраховане на лицата, упражняващи медицинска професия. В тази наредба има ясно разписани минимални годишни застрахователни суми за едно лице упражняващо медицинска професия, за едно събитие и минимален агрегиран лимит на отговорност за едно лице за всички събития за една година, в зависимост от вида на упражняваната дейност и рисковата група. Тези минимални суми са намерили отражение и в застрахователната полица сключена на 12.02.2019г. между ищеца и ответника, като няма отклонение под установените размери. В този смисъл лимитът от 100 000 лв. обсъден по-горе в настоящото решение е именно приложимия в разглежданата хипотеза на определяне на следващото се в полза на ищеца застрахователно обезщетение по смисъла на чл. 435 КЗ.

В производството по делото се установи, че ищецът в качеството си на застрахован по полицата е изплатил на увредените лица сумите предмет на постигнатите с тях и одобрени от съда съдебни спогодби, а именно сумите от по 250 000 лв. в полза на всеки от родителите на починалото дете – А.П., а това означава, че по смисъла на чл. 435 КЗ е удовлетворил увредените лица, с което се поражда и правото му да получи от ответния застраховател застрахователно обезщетение, което обаче не следва да надвишава установения в полицата лимит. В случая бе изяснено, че приложимият лимит е равен на сумата от 100 000 лв., поради което именно това е и размера дължим

от ответника на ищеца. Предвид това, че до момента с влязло в сила решение друга част от това обезщетение в размер на 50 000 лв. вече е присъдено на ищеца, то размерът на предявеният частичен иск в настоящото производство представлява останалата част от дължимото обезщетение до изчерпване на лимита, поради което искът следва да бъде уважен, като в полза на ищеца се присъди и законната лихва върху главницата, считано от 15.01.2026г.-датата на подаване на исковата молба, до окончателното изплащане на задължението.

На основание чл.78,ал.1 ГПК в полза на ищеца следва да бъдат присъдени направените от него разноски по делото, като съдът намира с оглед на по-ниската в случая правна и фактическа сложност на спора, че претендираното и заплатено в полза на адв.М. адвокатско възнаграждение в размер на 2500 евро за прекомерно, поради което то следва да бъде редуцирано до 700 евро. Така в полза на ищеца следва да бъдат присъдени разноски по делото в общ размер на 1722,58 евро, от които 1022,58 евро за внесена държавна такса и 700 евро за заплатено адвокатско възнаграждение.

Мотивиран от гореизложеното, съдът

РЕШИ:

ОСЪЖДА „ЗАСТРАХОВАТЕЛНА КОМПАНИЯ ЛЕВ ИНС“ АД, ЕИК 121130788 да заплати на „Специализирана болница за активно лечение по детски болести – проф. Иван Митев“ ЕАД, ЕИК 000662790 сумата от **25 564, 59 евро** (50 000 лева), представляваща част от вземане в пълен размер от 255 645,94 евро (500 000 лева) - застрахователно обезщетение по застраховка „Професионална отговорност“ по застрахователна полица № 00088140/13121910001453 от 12.02.2019 г. за вреди от събитие, настъпило на 14.11.2019 г., ведно със законната лихва върху главницата, считано от 15.01.2026 г. до окончателното плащане на задължението.

ОСЪЖДА „ЗАСТРАХОВАТЕЛНА КОМПАНИЯ ЛЕВ ИНС“ АД, ЕИК 121130788 да заплати на „Специализирана болница за активно лечение по детски болести – проф. Иван Митев“ ЕАД, ЕИК 000662790 сумата от **1722,58 евро**, представляваща разноски по делото.

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

Съдия при Софийски градски съд: _____