

Súd: Okresný súd Bratislava II
Spisová značka: 14C/250/2013
Identifikačné číslo súdneho spisu: 1213229034
Dátum vydania rozhodnutia: 29. 09. 2014
Meno a priezvisko sudcu, VSÚ: Mgr. Raul Pospíšil
ECLI: ECLI:SK:OSBA2:2014:1213229034.4

Medzitýmny rozsudok

Okresný súd Bratislava II pred samosudcom Mgr. Raulom Pospíšilom v právnej veci žalobcu: X. D., nar. XX.XX.XXXX, I. XXX, XXX XX Q. Z. X., št. občan SR, zast.: JUDr. Roman Cibulka, advokát, Hlavná 13, Trnava proti žalovanému: ČSOB Poist'ovňa, a.s., Vajnorská 100/B, 831 04 Bratislava, IČO: 31 325 416, o zaplatenie 13.154,21 EUR s prísl., takto

rozhodol:

U r č u j e sa, že nárok žalobcu uplatnený žalobou zo dňa 14.03.2013 je daný.

O výške uplatneného nároku a náhrade trov konania rozhodne súd po právoplatnosti tohto rozsudku.

odôvodnenie:

Žalobca sa žalobou podanou na tunajšom súde dňa 15.03.2013 domáhal rozhodnutia, ktorým by súd uložil žalovanému povinnosť zaplatiť za žalobcu na účet poistníka (ČSOB, a.s.) poistné plnenie vo výške 13.154,21 EUR s príslušenstvom.

Žalobca svoju žalobu odôvodnil tým, že dňa 11.04.2007 uzavrel s ČSOB, a.s., pobočkou zahraničnej banky, zmluvu o spotrebiteľskom úvere č. R002404533, súčasťou ktorej bola i poistná zmluva č. XXXXXXXXXX, ktorú podpísal i žalovaný. Poistnou zmluvou si žalobca poistil pre prípad poistnej udalosti (smrti, plnej invalidity alebo práceneschopnosti) splatenie zostatku bankou poskytnutého úveru. Dňa 26.11.2007 práva a povinnosti Československé obchodní banky, a.s., pobočky zahraničnej banky v SR, prevzala novozaložená Československá obchodná banka, a.s. na základe § 59 ods. 4, ods. 5 Obchodného zákonníka. Spotrebiteľský úver vo výške 16.596,96 EUR žalobca riadne a včas splácal podľa dohodnutého mesačného splátkového kalendára, a to až do októbra 2009, kedy došlo k poistnej udalosti (náhlej cievnnej mozgovej príhode), následkom ktorej bol žalobca hospitalizovaný a následne uznaný plne invalidným s poklesom vykonávať zárobkovú činnosť o 75% oproti zdravej fyzickej osobe. Zostatok nesplatenej istiny k 25.10.2009 (t.j. ku dňu, kedy bol Sociálnou poisťovňou uznaný za plne invalidného) predstavoval 10.946,70 EUR. Okamžite po tom, ako bol toho žalobca po hospitalizácii schopný, listom zo dňa 13.10.2009 oznámil poistnú udalosť žalovanému a vyzval ho, aby v zmysle poistnej zmluvy poukázal plnenie oprávnenému, t.j. peňažnému ústavu ČSOB, a.s. Žalobca žalovanému zaslal všetky požadované doklady nutné k likvidácii poistnej udalosti. Žalovaný mu oznámil, že nie je ochotný poistné plnenie banke poskytnúť, a to z dôvodu, že vraj v čase uzatvárania úverovej a poistnej zmluvy trpel hypertenziou I, ktorá podľa jeho názoru bola príčinou náhlej mozgovej cievnnej príhody. Listom zo dňa 16.01.2011 žalobca požiadal poistníka (ČSOB, a.s.), aby mu predložil fotokópie dokladov, ktorými písomne požiadal žalovaného o poistné plnenie a o zaslanie stanoviska poisťovateľa, z akého dôvodu odmietol previesť poistné plnenie aj napriek tomu, že došlo k poistnej udalosti. Na tento list žalobca odpoveď nedostal. Nakoľko banka (ČSOB, a.s.), ktorá žalobcovi poskytla spotrebiteľský úver si uplatňovala nárok na zaplatenie nesplateného zostatku úveru vo výške 13.154,21 EUR s prísl. a žalovaný odmietol toto plnenie banke poskytnúť, žalobca bol nútený domáhať sa ochrany svojich práv súdnou cestou. V čase podpisu úverovej a poistnej zmluvy sa žalobca cítil zdravý, nebol pod pravidelným lekárskeym dozorom a skutočnosť, že na odporúčenie lekára bral liek na zníženie krvného

tlaku, nemôže byť dôvodom, pre ktorý by poisťovňa nemala poskytnúť poisťné plnenie. K vzniku náhlej mozgovej príhody, v dôsledku ktorej došlo k vážnemu poškodeniu zdravia a k následnej invalidite, prispeli skutočnosti, ktoré nemohol predvídať ani ovplyvniť a ktoré mu spôsobili veľké stresy a depresie, ktoré súviseli so žalobcovým bývalým podnikaním.

Žalobca prostredníctvom podania doručeného súdu dňa 19.11.2013 doplnil právnu a skutkovú argumentáciu svojho návrhu. Uviedol, že v čase, keď poisťnú zmluvu podpisoval, trpel hypertenziou I. stupňa, čo je mierne zvýšený krvný tlak v hodnotách 140 až 159 systolického tlaku a 90 až 99 diastolického tlaku. Podľa oficiálnych štatistík má takto zvýšený krvný tlak približne polovica celej populácie Slovenska (52% u mužov a 40% u žien). Samotná zamestnankyňa žalovaného, ktorá so žalobcom úverovú a poisťnú zmluvu uzatvárala, reagovala na informáciu o tom, že žalobca má zvýšený krvný tlak a berie lieky na jeho zníženie tak, že keby zvýšený krvný tlak mal tvoriť prekážku v uzavretí poisťnej zmluvy, tak by v podstate nemohli nikoho poistiť. Pre odmietnutie poskytnutia poisťného plnenia žalovaným neboli splnené ani dve zo zákonných podmienok uvedených v § 802 ods. 2 OZ, podľa ktorých je poisťiteľ oprávnený odmietnuť plnenie z poisťnej zmluvy, ak sa po poisťnej udalosti dozvie, že príčinou bola skutočnosť, ktorú pre vedome nepravdivé odpovede nemohol zistiť pri dojednávaní poistenia a ktorá bola pre uzavretie poisťnej zmluvy podstatná. Vyhlásenie žalobcu v čl. VII bod 11 zmluvy v spojení so Všeobecnými zmluvnými podmienkami sa malo považovať za bezvadné, keďže žalobca pri jeho podpísaní vychádzal z toho, že hypertenzia I nie je v zmysle čl. 3 ods. 6 Všeobecných poisťných podmienok skutočnosťou predstavujúcou rozpor s jeho vyhlásením. Zo sumy 13.154,21 EUR predstavuje poisťné plnenie čiastku 10.946,70 EUR a zvyšná časť 2.207,51 EUR predstavuje žalobcov nárok na náhradu škody, ktorú mu žalovaný spôsobil tým, že porušuje svoju povinnosť vyplývajúcu z poisťnej zmluvy, a to povinnosť poskytnúť poisťné plnenie riadne a včas.

Žalovaný sa k žalobe vyjadril prostredníctvom podania doručeného súdu dňa 19.12.2013, pričom žiadal žalobu zamietnuť. Žalovaný uviedol, že dňa 15.10.2010 došlo k oznámeniu poisťnej udalosti - invalidity žalobcu, na základe čoho žalovaný začal šetrenie nevyhnutné na zistenie rozsahu jeho povinností ako poisťovateľa poskytnúť banke ako oprávnenej osobe poisťné plnenie, ktoré je dohodnuté vo výške kalkulovaného zostatku istiny úveru k dátumu vzniku poisťnej udalosti, čo v danom prípade predstavovalo sumu 10.946,70 EUR. Z doloženej Lekárskej správy vypracovanej posudkovým lekárom sociálneho poistenia Sociálnej poisťovne, a.s. zo dňa 1.2.2010 vyplývalo, že ako rozhodujúce zdravotné postihnutie, v dôsledku ktorého bol poistený uznaný invalidným je hypertenzia III s orgánovými zmenami s tým, že v zápisnici sa v rámci osobnej anamnézy ďalej uvádza, cit. "Od roku 2001 liečený na hypertenziu, už vtedy hypertenzické zmeny aj na očnom pozadí." Existenciu hypertenzie žalobcu potvrdil aj jeho ošetrojúci lekár MUDr. Emil Schwartz vo svojej správe zo dňa 4.11.2009 v časti II. Zdravotný stav poisteného k dátumu začiatku poistenia, kde uvádza Dg. M. hypertenzivus II od r. 2002. Vzhľadom na to, že hlavnou príčinou invalidity žalobcu v zmysle Lekárskej správy SP bola arteriálna hypertenzia, ktorej existencia a liečba už od roku 2001 vyplývala aj zo zdravotnej dokumentácie poisteného potvrdeného jeho ošetrojúcim lekárom, žalovaný ako poisťovateľ neposkytol poisťné plnenie v zmysle článku 3 bodu 2. B - S, ICHÚ 2006. Poisťné podmienky stanovujú ako základnú podmienku plnenia v prípade vzniku poisťnej udalosti invalidity skutočnosť, že vznik choroby, ktorá je príčinou invalidity (t.j. hypertenzia III), nie je skorší ako je deň uzavretia poistenia s tým, že ďalej nešpecifikujú, o aký stupeň choroby má ísť. Žalovaný by pri vedomosti akéhokoľvek stupňa existujúceho ochorenia hypertenzie, resp. lekárskeho potvrdeného diagnózy hypertenzie u žalobcu v čase uzavretia poistenia pre prípad invalidity, takéto poistenie so žalobcom neuzavrel. V zápisnici Lekárskej správy SP v časti "osobná anamnéza" je výslovne uvedené, že žalobca bol v roku 2001 hospitalizovaný pre vertebrobazilárnu insuficienciu, inými slovami pre nedostatočnosť prietoku v krvi cez vertebrobazilárny arteriálny systém, spôsobujúci nedokrvnenie mozgu, ku ktorému dochádza aj pri náhlej cievnej mozgovej príhode. Preto nemožno súhlasiť s tvrdením žalobcu, že v čase uzatvorenia poistenia bol úplne zdravý a trpel len mierne zvýšeným krvným tlakom. Vyhlásenie žalobcu uvedené v bode 11. Článku VII. Zmluvy o úvere tak nebolo pravdivé. V danom prípade nešlo o odmietnutie poisťného plnenia podľa § 802 ods. 2 OZ, ale o postup podľa Článku 3, bodu 2. B-S, ICHÚ 2006.

Žalobca prostredníctvom podania zo dňa 30.03.2014 zaujal stanovisko k vyjadreniu žalovaného, pričom uviedol, že extenzívny výklad poisťných podmienok je v rozpore so zákonnou zásadou, podľa ktorej by sa akékoľvek ustanovenie v spotrebiteľskom vzťahu malo vykladať v prospech spotrebiteľa. Formulácia všeobecných poisťných podmienok pre životné poistenie by mala byť tak jednoznačná, aby neprípúšťala rôzny výklad.

Súd vykonal dokazovanie výsluchom žalobcu, prednesmi právneho zástupcu žalobcu a zástupkyne žalovaného, výsluchom svedkyne D.. K. Č., oboznámením sa so zmluvou o spotrebiteľskom úvere zo dňa 11.04.2007, Všeobecnými poisťovacími podmienkami pre životné poistenie, rozhodnutím Sociálnej poisťovne zo dňa 04.05.2010, oznámením poisťovnej udalosti zo dňa 13.10.2009, posúdením lekára MUDr. Emila Schwartza zo dňa 04.11.2009, lekárskou správou posudkového lekára sociálneho poistenia zo dňa 01.02.2010, odpoveďou na žiadosť o výplatu zálohového plnenia zo dňa 17.02.2010, odpoveďou na stanovisko k výplate poisťového plnenia zo dňa 26.02.2010, odpoveďou na odvolanie zo dňa 06.04.2010, uznesením Okresného súdu Trnava, č.k. 19C/165/2011-190, zo dňa 08.07.2013 a ďalšími listinnými dôkazmi založenými v spise a zistil nasledovný skutkový a právny stav:

Žalobca ako dlžník a Československá obchodní banka, a.s., Na Příkopě 854/14, Praha, IČO: 00 001 350 uzavreli dňa 11.04.2007 zmluvu o spotrebiteľskom úvere č. J., predmetom ktorej bolo poskytnutie peňažných prostriedkov formou spotrebiteľského úveru do výšky úverového limitu v sume 500.000,- Sk. Súčasťou úveru bolo aj poistenie pre prípad poisťovnej udalosti smrti alebo plnej invalidity dlžníka v súlade s poisťovacou zmluvou o poistení dlžníkov zo spotrebiteľských úverov pre fyzické osoby uzavretou medzi bankou ČSOB, a.s. a žalovaným dňa 30.05.2003. Podľa predmetnej poisťovnej zmluvy bola poisťovníkom banka ČSOB, a.s., poisťovateľom bol žalovaný a poisteným bol žalobca.

Žalobca listami zo dňa 13.10.2009 a 04.11.2009 oznámil žalovanému vznik poisťovnej udalosti na základe skutočnosti, že sa stal invalidný dňom 01.01.2009 a následne sa jeho zdravotný stav zhoršil z dôvodu cievnych príhod. Žalovaný listom zo dňa 04.12.2009 žalobcovi oznámil, že nemôže pristúpiť k výplate poisťového plnenia, nakoľko miera poklesu schopnosti vykonávať zárobkovú činnosť bola v prípade žalobcu len 50% v porovnaní so zdravou fyzickou osobou a išlo by tak o náhradu nad rámec poisťových podmienok.

Žalobca dňa 10.02.2014 zaslal žalovanému lekársku správu posudkovej komisie Sociálnej poisťovne z 01.02.2010. Z lekárskej správy vyplýva, že žalobca bol od roku 2001 liečený pre hypertenziu, už vtedy s hypertenznými zmenami aj na očné pozadí. V roku 2001 bol žalobca hospitalizovaný pre CC syndróm a vertigo, vertebro-bazálna insuficiencia. Podľa lekárskej správy posudkového lekára sociálneho poistenia z 1.2.2010, k tomuto dňu žalobca trpel chorobou: Arteriálna hypertenzia III, stav po ischemickej ACMP hemisfére vľavo, poruchy nervových koreňov a spletí, vertebrogénny algický CB, LS syndróm. Miera poklesu schopnosti vykonávať zárobkovú činnosť bola stanovená na 75%, pričom rozhodujúcim zdravotným postihnutím bola hypertenzia III s orgánovými zmenami - kap. IX, oddiel A, položka 10, písm. c, 75% z rozmedzia 75-90%.

Podľa rozhodnutia Sociálnej poisťovne zo dňa 04.05.2010, č. 510 814 3160 pokles schopnosti žalobcu vykonávať zárobkovú činnosť je od 25.10.2009 viac ako 70%.

Žalovaný listom zo dňa 17.02.2010 žalobcovi oznámil, že zo Všeobecných poisťovacích podmienok pre životné poistenie - Osobitná časť - poistenie pre prípad smrti alebo invalidity následkom choroby alebo úrazu vyplýva, že poisťovateľ je povinný poskytnúť poisťové plnenie za invaliditu následkom choroby iba vtedy, ak choroba vznikla najskôr v deň začiatku poistenia. Podľa Lekárskej správy Sociálnej poisťovne dôvodom vzniku invalidity bola "Arteriálna hypertenzia", na ktorú sa žalobca liečil už od roku 2001, t.j. pred začiatkom poistenia. Žalovaný tak nemohol pristúpiť k výplate poisťového plnenia, nakoľko by išlo o náhradu nad rámec podmienok dojednaných v poisťovnej zmluve.

Žalobca v liste zo dňa 26.02.2010 adresovanom žalovanému uviedol, že miera poklesu schopnosti vykonávať zárobkovú činnosť o 50% vznikla od 01.01.2009 a 75% od 25.10.2009, teda až po uzatvorení poisťovnej zmluvy dňa 11.04.2007, čiže choroba vznikla v deň po začiatku poistenia. Zdravotné postihnutie bolo priznané nielen na základe hypertenzie III, ale aj na základe orgánových zmien súvisiacich s tromi ischemickými mozgovými príhodami. Tvrdenie žalovaného v stanovisku zo 17.02.2010, že sa liečil na Arteriálnu hypertenziu od roku 2001, a to je dôvod vzniku invalidity, je účelovo vytrhnuté z kontextu zdravotných zistení, a to tým, že v roku 2001 mu síce bola zistená hypertenzia, ale len prvé štádium, čo vzhľadom na vtedajší vek žalobcu 50 rokov má väčšie percento populácie, jedná sa o bežné ochorenie, na ktoré keď sa lieči medikamentóznou liečbou, sa nevzťahuje pokles schopnosti vykonávať zárobkovú činnosť. Z uvedeného dôvodu žalobca žiadal, aby žalovaný prehodnotil svoj postoj a poskytol poisťové plnenie.

V konaní vedenom Okresným súdom Trnava so sp. zn. 19C/165/2011 sa Československá obchodná banka, a.s. domáha, aby súd uložil žalobcovi (v konaní Okresného súdu Trnava v postavení žalovaného) povinnosť zaplatiť mu sumu 13.154,21 EUR s príslušenstvom z titulu nesplatenia úveru. Uznesením Okresného súdu Trnava zo dňa 08.07.2013, č.k. 19C/165/2011-190 súd rozhodol o prerušení konania do právoplatného skončenia konania vedeného pred tunajším súdom (pôvodne pod sp. zn. 8C/65/2013).

Žalovaný vo svojej odpovedi zo dňa 06.04.2010 uviedol, že poisťovňa nezistila skutočnosti, ktoré by ju oprávňovali zmeniť pôvodné rozhodnutie. V prípade opätovného nárokovania si poisťovneho plnenia zo strany žalobcu je možné vymáhať plnenie jedine súdnou cestou.

Právny zástupca žalobcu na pojednávaní predniesol žalobu a v plnom rozsahu sa pridržiaval predchádzajúcich písomných vyjadrení. Príčinou invalidity bola náhla cievna mozgová príhoda aj s popísanými následkami, nie hypertenzia I. Výklad žalovaného pri odôvodnení obrany neplnenia nároku považoval za neprijateľný, extenzívny a nevýhodný pre spotrebiteľa.

Žalobca na pojednávaní uviedol, že prístup žalovaného považuje za nespravodlivý, v čase poskytnutia úveru bol podnikateľom a VIP klientom ČSOB, v období predtým mu podpálili kamióny a potreboval úver na súdny poplatok. V tom čase hrával futbal, bol v dobrej fyzickej kondícii, iba si dal ráno jednu tabletku na tlak. V roku 2008 došlo k spojeniu rôznych okolností, vrátane finančnej krízy a rozvodu jeho dcéry, preto udalosť z roku 2009 pripisuje nie vysokému tlaku, ale stresu a depresiam, na ktoré bral aj lieky. Pri likvidovaní poisťovne poisťovňa chcela len rozhodnutie o miere invalidity a nikdy nespomínala, že by neplnila z dôvodu, že bol chorý už pri uzatváraní poisťovneho zmluvy. Súčasťou procesu uzavretia zmluvy bolo aj vyplnenie dotazníka, z ktorého vyplynula aj reč o zdravotnom stave, takže žalobca pracovníčke žalovaného všetko priznal vrátane toho, že bral lieky na vysoký tlak. Žiadal ČSOB, a.s. o poskytnutie úveru na obchodnú spoločnosť, čo mu nevyšlo, sama pracovníčka banky mu ponúkla poskytnutie spotrebiteľského úveru na fyzickú osobu. Súčasťou uzavretia zmluvy bolo aj predloženie obchodných a poisťovných podmienok, kde o hypertenziu nie je žiadna reč, spomínaný vyplnený dotazník si nechala pracovníčka banky. V celom procese nebol požiadany o lekársku dokumentáciu ani o podrobenie sa vyšetrovaniu, poisťovná zmluva bola vinkulovaná v prospech ČSOB a.s. a tá bola oprávnená na plnenie od žalovaného. Keď sa na pobočke pýtal, aký bol dôvod na odmietnutie, nedostal odpoveď. V rámci vyplňania dotazníka sa pracovníčka banky okrem otázok typu či prevádzkuje rizikové športy pýtala na konkrétne choroby, infarkt, mozgovú príhodu, rakovinu a pod., t.j. na tie choroby, ktoré sú uvedené v poisťovných podmienkach. Zvýšený tlak jej oznámil sám, na to sa ani nepýtala.

Zástupkyňa žalovaného na pojednávaní uviedla, že sa v plnom rozsahu pridržiava predchádzajúcich vyjadrení. Ďalej dodala, že predmetný typ poisťovneho zmluvy je len akýmsi podvzťahom k vzťahu zo spotrebiteľského úveru v tom zmysle, že sa nejedná o individuálny typ poistenia, pri ktorom sú vyjadrenia poisteného na konkrétne otázky ohľadom jeho zdravotného stavu súčasťou zmluvy. Naopak, pri uzatváraní poistenia spotrebiteľského úveru klient len vyhlasuje, že je mladší ako 65 rokov a v bezvadnom zdravotnom stave, nie je pod dohľadom lekára z dôvodu chronického ochorenia, inými slovami pracovníci sú metodicky usmernení tak, že poistenie k spotrebiteľskému úveru buď uzavruť s úplne zdravým človekom alebo poskytnú uzavretie zmluvy o úvere bez jeho poistenia. Súd by mal vychádzať z poisťovneho zmluvy a všeobecných podmienok, z ktorých vyplýva, že podmienkou plnenia je aj skutočnosť, že poistený netrpel v čase uzavretia zmluvy chorobou, ktorej príčinou bola neskôr poisťovná udalosť. Žalobca túto podmienku nespĺnil, nakoľko zo zdravotnej dokumentácie vyplýva, že žalobca trpel hypertenziou I od roku 2001, v roku 2002 ošetrojúci lekár konštatoval dokonca hypertenziu II a žalobca bol aj hospitalizovaný, kedy príčinou bol nedostatočný prietok krvi v mozgu. Rozhodnutie Sociálnej poisťovne vychádzalo aj s konštatáciou hypertenzie III, z čoho je zrejmá istá progradácia choroby diagnostikovanej už v roku 2001. Spomínaný dotazník nebol súčasťou poisťovneho vzťahu a žalovaný o jeho existencii nemal žiadnu vedomosť.

Svedkyňa D.. K. Č. vo svojej výpovedi uviedla, že je zamestnankyňou ČSOB, a.s. a žalobcu si pamätá ako klienta, ktorý uzatváral bežný spotrebiteľský úver. Čo sa týka skúmania zdravotného stavu klienta pre prípad takýchto úverov, vyplní sa zdravotný dotazník, ktorý obsahuje niekoľko otázok, na ktoré klient odpovie, odpovede pracovník vyznačí a dotazník je potom súčasťou dokumentov k danému zmluvnému vzťahu. Predmetný prípad sa udial už pred siedmimi rokmi, ale nevidela dôvod, prečo by sa aj v tomto prípade nepostupovalo štandardne. Vzápätí na mieste dôjde k uzavretiu zmluvy o spotrebiteľskom úvere bez toho, aby to predtým schvaľoval vyšší orgán banky. Ide o dva zmluvné vzťahy, pričom obe

zmluvy uzatvára ten istý pracovník. Z praxe nemala skúsenosť, že by údaje v dotazníku spôsobili nemožnosť uzavretia poisťnej zmluvy. Na otázky právneho zástupcu žalobcu svedkyňa uviedla, že si žalobcu pamätá, nie však konkrétne okolnosti, nepamätá si, či bola reč o tlaku, vo všeobecnosti je však takáto otázka súčasťou dotazníka, takže mala byť súčasťou aj ich stretnutia. Primárnou agendou svedkyne bolo uzatváranie zmlúv s právnickými osobami, kedy prišla aj do kontaktu so žalobcom a z toho dôvodu s ním výnimočne riešila prípad pre fyzickú osobu, pričom takýchto prípadov bolo niekoľko s inými klientmi, nepamätala si však koľko. Nemala konkrétny prípad, kde by klient uvádzal vysoký krvný tlak a z toho dôvodu by riešili spôsobilosť uzavrieť poisťný vzťah. Vo všeobecnosti ak by klient udával údaje ohľadom svojho zdravotného stavu, ktoré by spôsobovali riziko, konzultovala by to s nadriadeným. Predpokladala, že pre takéto postupy existuje manuál a jedno z riešení je asi aj vylúčenie poisťného krytia pre takéto riziko. Na otázku žalobcu svedkyňa uviedla, že v čase, keď žalobca potreboval prostriedky na prefinancovanie podnikania a zároveň nebolo možné jeho spoločnosti poskytnúť tieto prostriedky, bola možnosť spotrebného úveru pre dopredu určený okruh osôb, nevedela či konateľov alebo majiteľov firiem, a preto došlo k uzavretiu tohto typu úveru, je možné, že to bola aj ponuka zo strany svedkyne. Nikdy sa nevyskytol prípad, kedy by bol klient odoslaný na tzv. medicínske upisovanie, t.z. komplexné lekárske vyšetrenie. Ako pracovníčka banky bola poverená uzatvárať zmluvy za poisťovňu, nie však za provízie. V tomto prípade mal klient možnosť výberu, či poistenie uzavrie. Z pohľadu banky išlo o mimoriadneho klienta, kedy podmienky boli nastavené inak ako pri bežných spotrebiteľských úveroch, pričom nevedela uviesť, či by v prípade jeho nepoistenia bolo dôsledkom, že banka úver neposkytne. Aj v prípade žalobcu išlo o tzv. VIP klienta a nadštandardné podmienky pri uzatváraní úveru. Čo sa týkalo všeobecných podmienok, či už pre úver alebo poistenie, tieto sú vždy klientovi vydané a záleží na jeho postoji, či chce ich obsah prejsť podrobne alebo nie. Poisťné podmienky poznala a boli jej jasné a zrozumiteľné. Na otázku zástupkyne žalovaného uviedla, že je pravdepodobné, že banka mala možnosť predmetný typ úveru poskytnúť aj bez uzavretého poistenia. Čo sa týkalo typov zabezpečení, mala za to, že v tomto prípade sa poskytovala blankozmenka.

Podľa § 52 ods. 1 OZ, spotrebiteľskou zmluvou je každá zmluva bez ohľadu na právnu formu, ktorú uzatvára dodávateľ so spotrebiteľom.

Podľa § 54 ods. 1, 2 OZ, zmluvné podmienky upravené spotrebiteľskou zmluvou sa nemôžu odchyliť od tohto zákona v neprospech spotrebiteľa. Spotrebiteľ sa najmä nemôže vopred vzdať svojich práv, ktoré mu tento zákon priznáva, alebo si inak zhoršiť svoje zmluvné postavenie. V pochybnostiach o obsahu spotrebiteľských zmlúv platí výklad, ktorý je pre spotrebiteľa priaznivejší.

Podľa § 788 ods. 1 OZ, poisťnou zmluvou sa poisťiteľ zaväzuje poskytnúť v dojednanom rozsahu plnenie, ak nastane náhodná udalosť v zmluve bližšie označená a fyzická alebo právnická osoba, ktorá s poisťiteľom poisťnú zmluvu uzavrela, je povinná platiť poisťné.

Podľa § 788 ods. 3 OZ, súčasťou poisťnej zmluvy sú všeobecné poisťné podmienky poisťiteľa (poisťné podmienky), na ktoré sa poisťná zmluva odvoláva a ktoré sú k nej pripojené alebo boli pred uzavretím zmluvy tomu, kto s poisťiteľom zmluvu uzavrel, oznámené.

Podľa § 793 ods. 1, 2 OZ, kto s poisťiteľom uzaviera poisťnú zmluvu, je povinný odpovedať pravdivo a úplne na všetky písomné otázky poisťiteľa týkajúce sa dojednávaneho poistenia. To platí tiež, ak ide o zmenu poistenia. Túto povinnosť má aj ten, na ktorého majetok, život alebo zdravie alebo zodpovednosť za škody sa má poistenie vzťahovať, aj keď poisťnú zmluvu sám neuzaviera.

Podľa § 794 ods. 1, 2 OZ, poisťnú zmluvu možno uzavrieť aj v prospech inej osoby. Na poisťné zmluvy uzavreté v prospech inej osoby sa primerane použijú ustanovenia o zmluve v prospech tretej osoby (§ 50) s tým, že súhlas inej osoby môže byť daný aj dodatočne pri uplatnení práv vyplývajúcich z poisťnej udalosti.

Podľa § 50 ods. 1, 2 OZ, účastníci môžu uzavrieť zmluvu aj v prospech tretej osoby. Ak nie je v tomto zákone ustanovené alebo účastníkmi dohodnuté inak, je táto osoba zo zmluvy oprávnená okamihom, keď s ňou prejaví súhlas. Dlužník má proti nej tie isté námietky ako proti tomu, s kým zmluvu uzavrel. Ak sa táto osoba vzdá svojho práva, zanikne dlh, ak nebolo dohodnuté, že v tomto prípade má sa plniť tomu, s kým dlžník zmluvu uzavrel.

Podľa § 795 ods. 1 OZ, povinnosť poisťiteľa plniť a jeho právo na poistné vznikne prvým dňom po uzavretí poistnej zmluvy, ak nebolo účastníkmi dohodnuté, že vznikne už uzavretím poistnej zmluvy alebo neskôr.

Podľa § 797 ods. 1 OZ, právo na plnenie má, pokiaľ nie je v tomto zákone alebo v poistných podmienkach ustanovené inak, ten, na ktorého majetok, život alebo zdravie, alebo na ktorého zodpovednosť za škody sa poistenie vzťahuje (poistený).

Podľa § 797 ods. 2 OZ, právo na plnenie vznikne, ak nastane skutočnosť, s ktorou je spojený vznik povinnosti poisťiteľa plniť (poistná udalosť).

Podľa § 797 ods. 3 OZ, plnenie je splatné do pätnástich dní, len čo poisťiteľ skončil vyšetrenie potrebné na zistenie rozsahu povinnosti poisťiteľa plniť. Vyšetrenie sa musí vykonať bez zbytočného odkladu; ak sa nemôže skončiť do jedného mesiaca po tom, keď sa poisťiteľ o poistnej udalosti dozvedel, je poisťiteľ povinný poskytnúť poistenému na požiadanie primeraný preddavok.

Podľa § 802 ods. 2 OZ, ak sa poisťiteľ dozvie až po poistnej udalosti, že jej príčinou je skutočnosť, ktorú pre vedome nepravdivé alebo neúplné odpovede nemohol zistiť pri dojednávani poistenia a ktorá pre uzavretie poistnej zmluvy bola podstatná, je oprávnený plnenie z poistnej zmluvy odmietnuť; odmietnutím plnenia poistenie zanikne.

Podľa čl. VII bod 1 Zmluvy o spotrebiteľskom úvere č. J. - Poistenie úveru, súčasťou úveru je poistenie pre prípad poistnej udalosti smrti alebo plnej invalidity dlžníka v súlade s poistnou zmluvou o poistení dlžníkov zo spotrebiteľských úverov pre fyzické osoby, uzatvorené medzi bankou a ČSOB Poistovňa, a.s. dňa 30.5.2003. Poistenie sa riadi Všeobecnými poistnými podmienkami ČSOB Poistovne, a.s. pre životné poistenie Všeobecná časť VPP-ŽP 2006 zo dňa 22.08.2006 a Osobitnou časťou - Poistenie pre prípad smrti alebo invalidity následkom choroby alebo úrazu B - S, ICHÚ 2006 zo dňa 28.11.2006 a ustanoveniami tejto zmluvy.

Podľa čl. VII bod 4 prvej vety cit. zmluvy, v prípade, že počas trvania poistenia nastane poistná udalosť, poisťovateľ poskytne poistné plnenie vo výške zostatku úveru ku dňu vzniku poistnej udalosti.

Podľa čl. 1 bod 1 Všeobecných poistných podmienok pre životné poistenie (ďalej len "VPPŽP"), poistnou udalosťou je smrť poisteného alebo invalidita poisteného následkom choroby alebo úrazu.

Podľa čl. 1 bod 3 VPPŽP, invalidita je taký stav poisteného, pri ktorom schopnosť poisteného vykonávať zárobkovú činnosť sa v dôsledku jeho dlhodobého nepriaznivého zdravotného stavu znížila v porovnaní so zdravou osobou o 70% a viac v zmysle príslušných všeobecne záväzných právnych predpisov platných pre oblasť sociálneho poistenia.

Podľa čl. 3 bod 1 VPPŽP, ak sa poistený počas trvania poistenia stane následkom choroby alebo úrazu invalidným v zmysle článku 1 bodu 2, poisťovateľ poskytne poistné plnenie vo forme jednorazovej sumy vo výške a spôsobom stanoveným v poistnej zmluve.

Podľa čl. 3 bod 2 VPPŽP, poisťovateľ je povinný poskytnúť poistné plnenie za invaliditu následkom choroby alebo úrazu iba vtedy, ak choroba alebo úraz vznikli/nastali najskôr v deň začiatku poistenia.

Podľa čl. 3 bod 3 VPPŽP, poistený preukáže poisťovateľovi invaliditu príslušným rozhodnutím Sociálnej poisťovne a lekárskou správou posudkového lekára Sociálnej poisťovne.

Podľa čl. 3 bod 5 VPPŽP, pre posúdenie vzniku nároku na poistné plnenie poisťovateľ posudzuje poistnú udalosť ako celok, t.j. vrátane príčiny (choroby a/alebo úrazu), v dôsledku ktorej invalidita nastala.

Podľa čl. 3 bod 6 VPPŽP, ak poistený ku dňu začiatku poistenia trpí niektorou z ďalej uvedených chorôb alebo mu bola v období 5 rokov pred začiatkom poistenia stanovená diagnóza niektorej z týchto chorôb: cievná mozgová príhoda, diabetes mellitus, ischemická choroba dolných končatín, ischemická choroba srdca alebo zhubný novotvar, poisťovateľ je povinný poskytnúť poistné plnenie podľa bodu 1 tohto článku iba vtedy, ak invalidita poisteného nastane výlučne následkom úrazu v súlade s ustanovením bodu 2 tohto článku.

Podľa § 420 ods. 1, 2, 3 OZ, každý zodpovedá za škodu, ktorú spôsobil porušením právnej povinnosti. Škoda je spôsobená právnickou osobou alebo fyzickou osobou, keď bola spôsobená pri ich činnosti tými, ktorých na túto činnosť použili. Tieto osoby samy za škodu takto spôsobenú podľa tohto zákona nezodpovedajú; ich zodpovednosť podľa pracovnoprávných predpisov nie je tým dotknutá. Zodpovednosti sa zbaví ten, kto preukáže, že škodu nezavinil.

Podľa § 442 ods. 1 OZ, uhrádza sa skutočná škoda a to, čo poškodenému ušlo (ušlý zisk).

Podľa § 442 ods. 3 OZ, škoda sa uhrádza v peniazoch; ak však o to poškodený požiada a ak je to možné a účelné, uhrádza sa škoda uvedením od predošlého stavu.

Podľa § 152 ods. 2 O.s.p., rozsudkom má sa rozhodnúť o celej prejednávanej veci. Ak je to však účelné, môže súd rozsudkom rozhodnúť najskôr len o jej časti alebo len o jej základe.

O uplatnenom práve, t.j. o veci samej súd rozhoduje spravidla formou rozsudku. Rozsudkom by sa malo v zásade vždy rozhodnúť o celej prejednávanej veci, avšak ak je to účelné, môže súd rozhodnúť rozsudkom najskôr len o základe prejednávanej veci (tzv. medzitimný rozsudok). Medzitimný rozsudok predstavuje rozsudok o základe uplatneného nároku. Základ uplatneného nároku definuje iba teória a judikatúra. Základom predmetu konania budú všetky okolnosti determinujúce výšku predmetu konania, teda všetky tie skutkové a právne otázky, od ktorých posúdenia závisí výška uplatneného nároku. Za základ prejednávanej veci, o ktorom môže súd rozhodnúť medzitimným rozsudkom, treba spravidla považovať všetky sporné otázky vyplývajúce z uplatňovaného nároku, ktoré musí posúdiť, ak má súd o veci rozhodnúť, s výnimkou výšky nároku (RV/1968).

Súd má za preukázané, že medzi žalobcom a bankou ČSOB, a.s. vznikol právny vzťah na základe zmluvy o spotrebiteľskom úvere č. J. uzavretej dňa 11.04.2007. Súčasťou zmluvy o spotrebiteľskom úvere bolo aj poistenie úveru uzavreté medzi žalovaným ako poisťovateľom, bankou ČSOB, a.s. ako poisťníkom a žalobcom ako poisteným, pričom žalovaný ako poisťovateľ bol v prípade vzniku poistnej udalosti počas doby poistenia povinný poskytnúť poistné plnenie vo výške zostatku úveru ku dňu vzniku poistnej udalosti. Poistnou udalosťou sa rozumela smrť poisteného alebo invalidita poisteného následkom choroby alebo úrazu.

Poistná zmluva o poistení dlžníkov zo spotrebiteľských úverov pre fyzické osoby bola uzavretá medzi bankou ČSOB, a.s. a žalovaným, pričom táto zmluva bola uzavretá v prospech tretích osôb podľa § 794 Občianskeho zákonníka. Na takto uzavretú poistnú zmluvu sa primerane použijú ustanovenia § 50 Občianskeho zákonníka. Osoba, v prospech ktorej je zmluva uzavretá, sa stáva subjektom tejto zmluvy okamihom, kedy so zmluvou prejaví súhlas. Žalobca prejavil súhlas s poistnou zmluvou dňa 11.04.2007, a to podpisom zmluvy o spotrebiteľskom úvere, súčasťou ktorej bolo aj poistenie úveru, t.j. od tohto dňa sa žalobca stal oprávnenou osobou z poistnej zmluvy. Z pohľadu právnej kvalifikácie išlo rovnako o spotrebiteľskú zmluvu podľa § 52 ods. 1 Občianskeho zákonníka, keďže poisťovateľ a poisťník konali pri uzavretí poistnej zmluvy v rámci svojej podnikateľskej činnosti. Na druhej strane žalobca pri uzavretí zmluvy o spotrebiteľskom úvere a prejavení súhlasu so zmluvou o poistení úveru nekonal v rámci svojej podnikateľskej činnosti. Účelom úpravy spotrebiteľského práva je dosiahnuť vyrovnanie faktického nerovného postavenia spotrebiteľa s profesionálnym dodávateľom vzhľadom na okolnosti, pri ktorých dochádza k uzatváraniu zmlúv s ohľadom na väčšiu profesionálnu skúsenosť dodávateľa a jeho lepšiu znalosť práva a jednoduchšiu dostupnosť právnych služieb. Z uvedeného dôvodu právna úprava poskytuje spotrebiteľovi ako slabšej strane záväzkových vzťahov zvýšenú mieru ochrany. Tieto zásady sa prejavujú v ustanoveniach § 52 a nasl. Občianskeho zákonníka.

Súčasťou poistnej zmluvy boli aj poistné podmienky pre poistenie úverov poskytovaných ČSOB, a.s. Žalovaný bol povinný poskytnúť poistné plnenie vo výške zostatku úveru ku dňu vzniku poistnej udalosti - invalidity žalobcu v dôsledku choroby. Žalobca preukázal vznik invalidity v dôsledku choroby predložením Lekárskej správy posudkového lekára sociálneho poistenia, MUDr. Kamily Bošňákovej a rozhodnutia Sociálnej poisťovne č. 510 814 3160 zo dňa 04.05.2010. Z uvedených listinných dôkazov vyplýva, že pokles schopnosti žalobcu vykonávať zárobkovú činnosť od 25.10.2009 je viac ako 70%, resp. 75%. Z lekárskej správy posudkovej lekárky ďalej vyplýva, že žalobca trpí chorobami: arteriálna hypertenzia III (I10), stav po ischemickej ACMP hemisférne vľavo (I63), poruchy nervových koreňov a spletí,

vertebrogénny algický CB, LS syndróm. Rozhodujúcim zdravotným postihnutím bola hypertenzia III s orgánovými zmenami.

Žalovaný odmietol poskytnúť žalobcovi poistné plnenie z dôvodu, že invalidita vznikla v dôsledku hypertenzie s orgánovými zmenami a žalobca sa na hypertenziu liečil od roku 2001. Ako uviedol samotný žalovaný a ako vyplýva z lekárskej správy posudkovej lekárky, invalidita bola spôsobená chorobou - hypertenziou (I10) s orgánovými zmenami, pričom ďalšou chorobou žalobcu, ktorej existencia vyplýva z lekárskej správy, bola diagnóza I63 (mozgový infarkt - podľa Medzinárodnej klasifikácie chorôb). Súd má na základe týchto skutočností za preukázané, že hypertenzia nebola jediným dôvodom vzniku invalidity žalobcu. Z vykonaného dokazovania nebolo preukázané, že by pokles zárobkových možností žalobcu o viac ako 70% bol spôsobený výlučne v dôsledku choroby - hypertenzie (kód I10 Medzinárodnej klasifikácie chorôb). Z uvedených dôvodov neobstojí tvrdenie žalovaného, podľa ktorého žalovaný nemohol poskytnúť poistné plnenie z dôvodu, že žalobca sa od roku 2001 liečil na hypertenziu.

Z článku 3 bodu 2 Všeobecných poistných podmienok pre životné poistenie vyplýva, že žalovaný je povinný poskytnúť poistné plnenie v prípade, kedy invalidita žalobcu vznikla v dôsledku konkrétnej choroby, pričom táto konkrétna choroba, ktorá mala za následok vznik invalidity, musela u žalobcu vzniknúť najskôr v deň začiatku poistenia. Súd sa nestotožnil s tvrdením žalovaného, podľa ktorého uvedené ustanovenie neuvádza stupeň choroby a z toho dôvodu môže žalovaný odmietnuť poskytnúť poistné plnenie. V medicíne sa všeobecne rozoznávajú tri štádia hypertenzie, a to 1. štádium, kedy má pacient iba zvýšený krvný tlak bez orgánových zmien, 2. štádium, kedy k zvýšenému krvnému tlaku prístupujú zmeny na orgánoch (srdce, obličky, mozog, tepny) a 3. štádium, kedy sa k zvýšenému krvnému tlaku pridružujú ťažké orgánové zmeny sprevádzané zlyhávaním týchto orgánov (srdcové zlyhanie, srdcový infarkt, mozgová mŕtvica, porušená funkcia obličiek, postihnutie tepien dolných končatín a ďalšie). Z uvedeného logicky vyplýva, že hypertenzia I, resp. hypertenzia II nie sú spôsobilé u pacienta vyvolať také následky, ktoré by viedli k mozgovému infarktu (diagnóza I63, ako vyplýva z Lekárskej správy posudkovej lekárky) a mali tak za následok pokles schopnosti žalobcu vykonávať zárobkovú činnosť o viac ako 70%. Uvedené ustanovenie Všeobecných poistných podmienok pripúšťa vzhľadom na svoje všeobecné znenie príliš extenzívny výklad, je nejednoznačné a spôsobilé zavádzať potenciálnych spotrebiteľov, ktorí uzatvárajú s bankou ČSOB, a.s. zmluvy o spotrebiteľských úveroch a zároveň prejavujú súhlas s poistením úveru.

Súd ďalej poukazuje na skutočnosť, že v článku 3 bodu 6 Všeobecných poistných podmienok pre životné poistenie sú vymenované choroby (cievna mozgová príhoda, diabetes mellitus, ischemická choroba dolných končatín, ischemická choroba srdca alebo zhubný novotvar), pričom pokiaľ poistený trpí niektorou z týchto chorôb ku dňu vzniku poistenia alebo mu bola diagnostikovaná 5 rokov pred začiatkom poistenia, žalovaný bol povinný poskytnúť poistné plnenie len vtedy, pokiaľ invalidita poisteného nastala v dôsledku úrazu. Súd opätovne poukazuje na skutočnosť, že ide o nejednoznačné ustanovenie spôsobilé zavádzať spotrebiteľov. Pokiaľ by sa ustanovenie článku 3 bodu 2 malo vzťahovať na akúkoľvek chorobu, ktorou poistený trpí pred vznikom poistenia alebo ku dňu vzniku poistenia, nebola by potrebná osobitná úprava v článku 3 bodu 6 vzťahujúca sa len na vymedzené druhy chorôb. Z článku 3 bodu 6 rovnako nie je jednoznačné, či sa žalovaný zbavuje povinnosti poskytnúť poistné plnenie len vtedy, pokiaľ u poisteného vznikne invalidita výlučne v dôsledku niektorej z taxatívne uvedených chorôb alebo v dôsledku akejkoľvek choroby, ktorá by mohla spôsobiť u poisteného invaliditu. Uvedené ustanovenie je spôsobilé u spotrebiteľov vyvolať dojem, že žalovanému nevznikne povinnosť poskytnúť poistné plnenie výlučne len v prípade, že invalidita nastane v dôsledku niektorej z taxatívne vymedzených chorôb, pričom poistený trpí touto chorobou ku dňu vzniku poistenia. Táto skutočnosť napokon vyplýva aj z listu zo dňa 26.02.2010, ktorý žalobca adresoval žalovanému, ktorým ho žiadal o vyplatenie poistného plnenia, nakoľko sa domnieval, že hypertenzia sa nenachádza medzi chorobami vymenovanými v čl. 3 bodu 6 a mal za to, že splnil všetky podmienky pre poskytnutie poistného plnenia.

V prípade nejednoznačnosti významu ustanovení spotrebiteľských zmlúv musí súd pristúpiť k aplikácii ust. § 54 ods. 2 Občianskeho zákonníka. Pokiaľ dôjde pri výklade obsahu spotrebiteľskej zmluvy k pochybnostiam, vzhľadom na jeho nejednoznačné alebo nejasné vyjadrenie, je potrebné výklad vždy uskutočniť v prospech spotrebiteľa. Zmyslom uvedeného zákonného ustanovenia je, aby sa nejasné, nejednoznačné alebo dvojzmyselné ustanovenie vykladalo v neprospech tej zmluvnej strany, ktorá dotyčné ustanovenie zmluvy naformulovala vo svojich zmluvných podmienkach, t. j. na úkor dodávateľa (in dubio contra proferentam). Účastníci zmluvného vzťahu sú pri úprave zmluvných vzťahov

povinní odstrániť všetko, čo by mohlo viesť ku vzniku rozporov. Zvýšené nároky sa v tomto smere pri spotrebiteľských zmluvách kladú na dodávateľa, ktorý ako profesionál znalý práva má zmluvné ustanovenia naformulovať tak, aby zodpovedali ustanoveniam upravujúcim daný zmluvný typ, boli v súlade s ustanoveniami Občianskeho zákonníka o spotrebiteľských zmluvách (§ 52 a nasl. OZ) a aby boli presné a jednoznačné. Nesplnenie tohto očakávania má za následok, že výklad zmluvy sa vykoná v neprospech toho, kto sa mal vyjadriť jasnejšie (interpretatio est contra eum facienda, qui clarius loqui debuisse). Vzhľadom na vyššie uvedené skutočnosti súd považuje ustanovenia článku 3 VPPŽP - Poistné plnenie pre prípad invalidity následkom choroby alebo úrazu za nejednoznačné pripúšťajúce rôzny výklad, preto sa jeho výklad musí uskutočniť v prospech spotrebiteľa, t.j. žalobcu. Žalobca preukázal, že po vzniku poistenia bol Sociálnou poisťovňou uznaný invalidným v dôsledku choroby, ktorá nastala až po vzniku poistenia, t.j. nastala poistná udalosť a túto skutočnosť žalobca žalovanému riadne oznámil. Z uvedeného dôvodu súd dospel k záveru, že žalobca splnil všetky predpoklady pre poskytnutie poistného plnenia zo strany žalovaného.

Žalobca navyše pri uzavretí zmluvy o spotrebiteľskom úveru informoval pracovníčku banky ČSOB, a.s., D.. K. Č. o tom, že sa lieči na hypertenziu prvého stupňa, pričom táto skutočnosť mala byť uvedená v príslušnom dotazníku. Svedkyňa vo svojej výpovedi uviedla, že pri skúmaní zdravotného stavu klienta pre prípad uzavretia zmlúv o spotrebiteľských úveroch sa vyplňa sa zdravotný dotazník, ktorý obsahuje niekoľko otázok, na ktoré klient odpovie, odpovede pracovník vyznačí a dotazník je potom súčasťou dokumentov k danému zmluvnému vzťahu. Nepamätala si, či bola reč o tlaku, vo všeobecnosti je však takáto otázka súčasťou dotazníka, takže mala byť súčasťou aj ich stretnutia. Z výpovede svedkyne tak jednoznačne vyplýva, že pri uzatváraní zmluvy došlo k vyplneniu dotazníka o zdravotnom stave žalobcu a tvrdenie zástupkyne žalovaného, že o existencii tohto dotazníka nemá žiadnu vedomosť, nemá podklad v skutkovom stave. Ako ďalej vyplynulo z výpovede svedkyne, dotazník sa stal súčasťou dokumentácie k danému zmluvnému vzťahu. Žalobca tak dotazník nemal k dispozícii, a preto ho objektívne nemohol súdu v konaní predložiť na preukázanie svojich tvrdení. Žalobca tak neposkytol nepravdivé alebo neúplné údaje pri uzatváraní zmluvy o spotrebiteľskom úvere, ktorého súčasťou bolo aj poistenie úveru, a preto žalovanému nevzniklo právo odmietnuť poskytnutie poistného plnenia ani podľa § 802 ods. 2 Občianskeho zákonníka.

Žalovaná suma 13.154,21 EUR pozostáva zo sumy 10.946,70 EUR ako zostatku úveru ku dňu vzniku poistnej udalosti, t.j. poistného plnenia a 2.207,51 EUR ako nároku na náhradu škody, ktorá žalobcovi vznikla porušením povinnosti žalovaného z poistnej zmluvy, a to poskytnúť poistné plnenie riadne a včas. Takto skutkovo vymedzený nárok na náhradu škody je potrebné posudzovať v zmysle § 420 ods. 1 Občianskeho zákonníka, podľa ktorého každý zodpovedá za škodu, ktorú spôsobil porušením právnej povinnosti. Základnými predpokladmi vzniku občianskoprávnej zodpovednosti sú porušenie právnej povinnosti, existencia škody, príčinná súvislosť medzi porušením právnej povinnosti a škodou a zavinenie. Pre vznik zodpovednosti za škodu je nevyhnutné kumulatívne splnenie všetkých uvedených predpokladov. Pri neexistencii čo i len jedného z uvedených predpokladov nemôže na strane žalovaného vzniknúť zodpovednosť za škodu. Z vykonaného dokazovania vyplynulo, že žalobca splnil všetky podmienky pre poskytnutie poistného plnenia, pričom odmietnutím vyplatenia poistného plnenia zo strany žalovaného došlo k porušeniu jeho právnej povinnosti, ktorá mu vyplývala z poistnej zmluvy. Vzhľadom na to, že žalovaný neposkytol poistné plnenie vo výške zostatku úveru ku dňu vzniku poistnej udalosti, ktoré predstavovalo sumu 10.946,70 EUR, následkom čoho žalobca túto sumu riadne neuhradil banke ČSOB, a.s., banka vyhlásila úver za predčasne splatný ku dňu 15.08.2010. Banka ČSOB, a.s. sa návrhom podaným na Okresnom súde Trnava domáha voči žalobcovi (v postavení žalovaného) zaplata sumy 13.154,21 EUR titulom neplnenia povinností vyplývajúcich zo zmluvy o spotrebiteľskom úvere zo dňa 11.04.2007. Konanie vedené Okresným súdom Trnava pod sp. zn. 19C/165/2011 je v súčasnosti prerušené do právoplatného skončenia konania tunajšieho súdu. Žalobcovi tak vznikla škoda minimálne v rozsahu, o ktorý sa navýšila suma nesplatených častí úveru ku dňu vzniku poistnej udalosti, k čomu by nedošlo, keby žalovaný riadne splnil svoje povinnosti vyplývajúce mu z poistnej zmluvy. Z listov žalovaného adresovaných žalobcovi, ktoré sú súčasťou súdneho spisu a rovnako z vyjadrení zástupkyne žalovaného v priebehu konania je preukázaná vedomosť aj úmysel neposkytnúť žalobcovi poistné plnenie, t.j. došlo k zavinenému porušeniu zmluvných povinností. Súd má tak za preukázané, že boli splnené všetky predpoklady uvedené v § 420 ods. 1 Občianskeho zákonníka pre vznik zodpovednosti žalovaného za škodu spôsobenú žalobcovi.

Vzhľadom na vykonané dokazovanie a s poukazom na citované zákonné ustanovenia má súd za preukázané, že žalobca splnil všetky podmienky pre poskytnutie poistného plnenia v zmysle Všeobecných poistných podmienok pre životné poistenie. Porušením zmluvnej povinnosti žalovaného boli splnené všetky predpoklady pre vznik zodpovednosti za následnú škodu spôsobenú žalobcovi. Súd tak dospel k záveru, že žaloba je dôvodná, pričom o výške uplatneného nároku súd rozhodne samostatným rozhodnutím.

Poučenie:

Proti tomuto rozsudku možno podať odvolanie do 15 dní odo dňa jeho doručenia na tunajšom súde, písomne v dvoch vyhotoveniach.

V odvolaní sa má popri všeobecných náležitostiach (§ 42 ods. 3 O.s.p.) uviesť, proti ktorému rozhodnutiu smeruje, v akom rozsahu sa napáda, v čom sa toto rozhodnutie alebo postup súdu považuje za nesprávny a čoho sa odvolateľ domáha.

Odvolanie možno odôvodniť len tým, že

- a) v konaní došlo k vadám uvedeným v § 221 ods. 1,
- b) konanie má inú vadu, ktorá mohla mať za následok nesprávne rozhodnutie vo veci,
- c) súd prvého stupňa neúplne zistil skutkový stav veci, pretože nevykonal navrhnuté dôkazy, potrebné na zistenie rozhodujúcich skutočností,
- d) súd prvého stupňa dospel na základe vykonaných dôkazov k nesprávnym skutkovým zisteniam,
- e) doteraz zistený skutkový stav neobstojí, pretože sú tu ďalšie skutočnosti alebo iné dôkazy, ktoré doteraz neboli uplatnené (§ 205a),
- f) rozhodnutie súdu prvého stupňa vychádza z nesprávneho právneho posúdenia veci.

Rozsah, v akom sa rozhodnutie napáda a dôvody odvolania možno rozšíriť len do uplynutia lehoty na odvolanie.

Ak povinný dobrovoľne nesplní, čo mu ukladá vykonateľné rozhodnutie, oprávnený môže podať návrh na vykonanie exekúcie podľa osobitného zákona.