

D E C I Z I E

22 august 2018

mun.Chișinău

Colegiul civil, comercial și de contencios administrativ lărgit
al Curții Supreme de Justiție,

în componență:

Președintele ședinței, judecătorul
judecătorii

Tatiana Vieru
Maria Ghervas
Nicolae Craiu
Luiza Gafton
Victor Burduh

examinînd recursul declarat de către Societatea pe Acțiuni „Klassika Asigurări”,

în cauza civilă, la cererea de chemare în judecată depusă de către Anatolie Verejan împotriva Societății pe Acțiuni „Klassika Asigurări” cu privire la încasarea prejudiciului material, a dobînzii de întîrziere și cheltuielilor de judecată,

împotriva deciziei din 17 aprilie 2018 a Curții de Apel Chișinău, prin care a fost admis apelul declarat de către Verejan Anatolie, reprezentat de avocatul Ion Negura, fiind modificată hotărârea din 21 martie 2017 a Judecătoriei Chișinău, sediul Buiucani,

c o n s t a t ă :

La 11 martie 2016, Anatolie Verejan, reprezentat de avocatul Ștefan Schidu, a depus cerere de chemare în judecată împotriva Societății pe Acțiuni „Klassika Asigurări” cu privire la încasarea prejudiciului material, dobînzii de întîrziere și cheltuielilor de judecată.

În motivarea pretențiilor reclamantului a indicat că la 02 iunie 2015 a încheiat cu Societatea pe Acțiuni „Klassika Asigurări” un contract de asigurare medicală pentru persoanele care călătoresc în străinătate nr.KL 044929, pentru perioada 09 iunie 2015 – 30 iunie 2015.

La 09 iunie 2015 a plecat în Italia, or.Lignano pentru a petrece vacanța de vară împreună cu familia stabilită cu domiciliu în Italia.

Reclamantul a specificat că în fiecare an, înainte de a pleca în vacanță peste hotare, încheia contracte de asigurare pentru persoanele care călătoresc în străinătate cu diferite companii de asigurare, pentru a-și acoperi riscurile corelate cu viața sau sănătatea.

La 19 iunie 2015, aproximativ ora 07.00, fiind în Italia, brusc a simțit o durere în regiunea vizicii urinare. Peste o oră durerea a început să intensifice despre ce a comunicat fiicei, care are studii medicale.

A menționat că ulterior a chemat ambulanța și a fost transportat la spitalul de urgență și supus mai multor investigații medicale. A fost luată decizia de a fi transportat de urgență la spitalul din or.Latisa, Italia.

În cadrul instituției medicale respective au fost efectuate investigații inclusiv tomografia, depistându-se un calcul (pietricică) cu o dimensiune de 6-7 mm, care a blocat vizica urinară.

Reclamantul a mai indicat că medicii spitalului din or.Latisa, Italia au decis să intervină chirurgical pentru a distruge acel calc și a debloca canalul, în caz contrar exista pericol pentru viață. A fost internat în spital pentru câteva zile, iar la 30 iunie 2015 împreună cu nepoata Paula a revenit în Republica Moldova.

A mai precizat Anatolie Verejan că în scurt timp după revenirea în țară, a contactat compania de asigurări și a informat despre cazul asigurat, Societatea pe Acțiuni „Klassika Asigurări” solicitându-i să colecteze tot setul de acte, inclusiv actele confirmative de la spitalul de urgență și să le prezinte pentru a primi despăgubirile cuvenite.

La 09 septembrie 2016 a depus cerere la Societatea pe Acțiuni „Klassika Asigurări” cu privire la rambursarea cheltuielilor suportate, cu anexarea tuturor actelor, care confirma situația de urgență și spontană.

Prin răspunsul nr.1833 din 25 noiembrie 2015 pîrîtul l-a informat că prin holărîrea Comisiei de regularizare a daunelor din 24 noiembrie 2015, s-a refuzat de a compensa cheltuielile suportate pentru achitarea serviciilor medicale, acordate în urma acutizării maladii cronice, existente pînă la intrarea în vigoare a contractului de asigurare medicală, adresarea pentru asistență medicală fiind în urma acutizării patologiei existente.

A mai specificat reclamantul că în anul 2009 a suportat o intervenție chirurgicală, prin care i-a fost înlăturat un rinichi, ulterior în fiecare primăvară verifică starea sănătății la Institutul Oncologic. În luna mai a.2015 a efectuat investigații, fiind stabilit cu certitudine că starea e buna și în virtutea acestui fapt, la momentul încheierii contractului de asigurare în luna iunie a.2015 dînsul nu putea să prevadă apariția unui caz asigurat.

A precizat că potrivit contractului de asigurare medicală pentru persoanele care călătoresc în străinătate nr.KL 044929 din 02 iunie 2015, încheiat între părți, drept risc asigurat în baza contractului - asigurarea cheltuielilor medicale, iar caz asigurat era adresarea asiguratului/persoanei asigurate, în afara țării traiului permanent după asistență medicală în caz de îmbolnăvire acută, care pune în pericol viața asiguratului și necesită asistență medicală de urgență, dereglarea sănătății (traumatisme) ca urmare a unui accident, precum și decesul persoanei asigurate, care s-a produs în afara țării traiului permanent în perioada de acțiune a contractului de asigurare.

Consideră reclamantul că circumstanțele pricinii se încadrează exact în cazul asigurat prevăzut de contract or, dînsul s-a adresat în afara țării după asistență medicală în urma îmbolnăvirii acute, care pune în pericol viața sa și necesita asistență medicală urgentă.

Potrivit contractului, în limita sumelor asigurate, indicate în Polița de asigurare, compania de asigurări compensează cheltuielile suportate de asigurat pentru tratamentul medical de ambulator și/sau staționar, care include: transportarea persoanei asigurate la cel mai apropiat punct de asistență medicală urgentă; aflarea în staționar; costul medicamentelor și materialului de pansament; procedurile fizioterapeutice; roenghenoscopia, reanimarea, intervențiile chirurgicale, inclusiv asistarea, anestezia și utilizarea sălii de operații; cheltuieli pentru masaje urgente, legate de cazul asigurat, transmise Companiei de asistență și Asiguratorului prin telefon/fax.

Reclamantul a punctat că asiguratorul nu compensează cheltuielile asiguratului, ce țin de acutizarea și tratarea unor maladii cronice și urmărilor acestora, care au fost cunoscute la momentul încheierii contractului de asigurare și au necesitat tratament pînă la începutul perioadei de asigurare, precum și consecințele accidentelor, care s-au produs pînă la plecarea asiguratului din țara traiului permanent, chiar dacă persoana asigurată anterior nu a urmat tratamentul, precum și în caz de maladii și complicații ale acestora, pe care acesta le-a tratat pe parcursul ultimelor 6 luni pînă la încheierea contractului de asigurare. Cheltuielile pentru tratarea acestor boli sunt acoperite numai în cazul, în care asistenta medicală de urgență a fost necesară pentru prevenirea pericolului asupra vieții sau înlăturarea durerilor acute, în așa cazuri cheltuielile pentru transportare și repatriere nu se compensează.

Consideră Anatolie Verejan că răspunsul pîrîtului este contrar prevederilor contractuale, deoarece de la regulă indicată în pct.2.7 din contract, este stabilită excepția, potrivit căreia și în cazul maladiilor cronice cheltuielile pentru tratarea acestor boli sunt acoperite numai în cazul în care asistența medicală de urgență a fost necesară pentru prevenirea pericolului asupra vieții sau înlăturarea durerilor acute. Or, în cazul asigurat descris a fost necesară asistența medicală de urgență, dînsul fiind transportat cu ambulanța la spital, iar în cazul în care nu se intervenea de urgență exista pericol pentru viața sa.

Pe parcursul examinării cauzei în prima instanță, la 07 februarie 2017 Anatolie Verejan, reprezentat de avocatul Ion Negura a depus cerere cu privire la modificarea pretențiilor din acțiune, prin care și-a concretizat cuantumul dobînzii de întîrziere (f.d.86, 98, Vol.I).

A solicitat reclamantul încasarea din contul Societății pe Acțiuni „Klassika Asigurări”, a sumei de 3869,44 Euro, cu titlu de prejudiciu material, 1046,82 lei – cu titlu de dobîndă de întîrziere, cât și încasarea cheltuielilor de judecată.

Prin hotărîrea din 21 martie 2017 a Judecătoriei Chișinău, sediul Buiucani, a fost admisă parțial cererea de chemare în judecată depusă de către Verejan Anatolie împotriva Societății pe Acțiuni „Klassika Asigurări” cu privire la încasarea prejudiciului material, a dobînzii de întîrziere și a cheltuielilor de judecată.

S-a dispus încasarea din contul Societății pe Acțiuni „Klassika Asigurări”, în beneficiul lui Verejan Anatolie a sumei de 502 Euro – cu titlu de prejudiciu material, 5000 lei – cu titlu de cheltuieli pentru asistența juridică și a sumei de 510 lei – cu titlu de alte cheltuieli, în rest, pretențiile înaintate de Verejan Anatolie au fost respinse ca neîntemeiate (f.d.112, 115-127, Vol.I).

Nefiind de acord cu hotărîrea primei instanțe, la 03 aprilie 2017 Verejan Anatolie, reprezentat de avocatul Ion Negura a contestat-o cu apel, solicitând casarea parțială a hotărîrii Judecătorei Chișinău, sediul Buiucani din 21 martie 2017, cu emiterea unei hotărîri noi prin care acțiunea să fie admisă integral.

Prin decizia din 17 aprilie 2018 a Curții de Apel Chișinău, a fost admis apelul declarat de către Verejan Anatolie, reprezentat de avocatul Ion Negura, fiind modificată hotărîrea din 21 martie 2017 a Judecătorei Chișinău, sediul Buiucani, prin majorarea cuantumului prejudiciului material încasat din contul Societății pe Acțiuni „Klassika Asigurări”, în beneficiul lui Verejan Anatolie de la suma de 500 Euro, pînă la suma de 3863 Euro, în rest, hotărîrea primei instanțe a fost menținută.

S-a dispus încasarea din contul Societății pe Acțiuni „Klassika Asigurări”, în beneficiul lui Verejan Anatolie a cheltuielilor de judecată în sumă de 2221 lei (f.d.190, 191-202, Vol.I).

Pentru a hotărî astfel, instanța de apel a conchis că confirmarea achitării sumei de 3361 Euro a fost prezentată de către reclamant în instanța de apel. Plata respectivă a fost efectuată la 28 martie 2018, fapt care denotă că la momentul solicitării sumei de la intimat, apelantul nu transfera-se suma solicitată pe contul instituției medicale, respectiv pretinsa creanță nu era certă, exigibilă și confirmată la acel moment, inclusiv la momentul adresării în instanța de judecată, iar în consecință, nici intimatul nu putea fi pus în întârziere la data înaintării somației de plată din 09 septembrie 2015.

Invocând ilegalitatea deciziei instanței de apel, Societatea pe Acțiuni „Klassika Asigurări” la 05 iunie 2018 a contestat-o cu recurs, solicitînd casarea deciziei instanței de apel, cu menținerea hotărîrii primei instanțe.

În motivarea recursului s-a invocat că instanța de apel nu a constatat toate circumstanțele importante pentru soluționarea corectă a cauzei, fiind încălcate normele de drept procedural și aplicate eronat normele de drept material.

Recurentul a mai indicat că este evidentă intenția directă a lui Verejan Anatolie de a se deplasa în Italia pentru efectuarea investigațiilor și eventual a intervenției chirurgicale necesare, starea sănătății lui fiind una precară, acută, pînă la încheierea contractului de asigurare și exista pericol iminent de acutizare a sănătății. Or, intimatul-reclamant înainte de plecare în călătorie peste hotare a efectuat un șir de investigații de pregătire pentru intervenția care a avut loc la Spitalul din Latisana, Italia. Drept probe în acest sens fiind extrasele din fișa medicală a lui Verejan Anatolie anexate la cerere în instanța de fond.

Potrivit art. 434 Cod de procedură civilă, recursul se declară în termen de 2 luni de la data comunicării hotărîrii sau a deciziei integrale, dacă legea nu prevede altfel.

Termenul de 2 luni este termen de decădere și nu poate fi restabilit.

Instanța de recurs constată că la dosar este atașat înscrisul care confirmă faptul că reprezentantul Societății pe Acțiuni „Klassika Asigurări” a recepționat copia deciziei recurate la 25 mai 2018 (f.d.204, Vol.I), respectiv recursul se consideră declarat în termen.

La 27 iunie 2018, în adresa intimatului a fost expediată copia recursului, însă pînă la data stabilită pentru examinarea recursului în adresa Curții Supreme de Justiție intimatul nu a depus referință.

Prin încheierea Curții Supreme de Justiție din 01 august 2018 recursul declarat de către Societatea pe Acțiuni „Klassika Asigurări” a fost considerat admisibil.

În conformitate cu art. 441 Cod de procedură civilă, în cazul în care recursul este considerat admisibil, un complet din 5 judecători examinează fondul recursului.

În conformitate cu art. 444 Cod de procedură civilă, recursul se examinează fără înștiințarea participanților la proces. Completul din 5 judecători decide asupra oportunității invitării tuturor participanților sau a reprezentanților acestora pentru a se pronunța cu privire la problemele de legalitate invocate în cererea de recurs.

Studiind materialele dosarului, Colegiul civil, comercial și de contencios administrativ lărgit al Curții Supreme de Justiție, consideră neîntemeiat recursul declarat de către Societatea pe Acțiuni „Klassika Asigurări” și care urmează a fi respins cu menținerea deciziei din 17 aprilie 2018 a Curții de Apel Chișinău.

În favoarea concluziei enunțate se invocă următoarele argumente.

În conformitate cu prevederile art. 445 alin. (1) lit. a) Cod de procedură civilă, instanța de recurs, după ce judecă recursul este în drept să respingă recursul și să mențină decizia instanței de apel și, după caz, hotărârea primei instanțe, precum și încheierile atacate cu recurs.

Actele administrate la dosar certifică faptul că la 11 martie 2016, Anatolie Verejan, reprezentat de avocatul Ștefan Schidu, a depus cerere de chemare în judecată, concretizată la 07 februarie 2017, prin care a solicitat încasarea din contul Societății pe Acțiuni „Klassika Asigurări” a sumei de 3869,44 Euro cu titlu de prejudiciu material, 1046,82 lei – cu titlu de dobândă de întârziere, cât și încasarea cheltuielilor de judecată.

Judecând cauza dată, prin hotărârea din 21 martie 2017 prima instanță a admis parțial cererea de chemare în judecată depusă de către Verejan Anatolie, dispunând încasarea din contul Societății pe Acțiuni „Klassika Asigurări”, în beneficiul lui Verejan Anatolie suma de 502 Euro – cu titlu de prejudiciu material, suma de 5000 lei – cu titlu de cheltuielile pentru asistența juridică și suma de 510 lei – cu titlu de alte cheltuieli.

Ulterior, instanța de apel prin decizia din 17 aprilie 2018 a admis apelul declarat de către Verejan Anatolie, reprezentat de avocatul Ion Negura, modificând hotărârea din 21 martie 2017 a Judecătorei Chișinău, sediul Buiucani, prin majorarea cuantumului prejudiciului material încasat din contul Societății pe Acțiuni „Klassika Asigurări”, în beneficiul lui Verejan Anatolie de la suma de 500 Euro, pînă la suma de 3863 Euro, în rest, hotărârea primei instanțe a fost menținută.

Colegiul civil, comercial și de contencios administrativ lărgit al Curții Supreme de Justiție, analizînd situația de fapt în prezenta cauză, în raport cu normele de drept material pertinente, constată că concluzia instanței de apel de modificare a hotărîrii primei instanțe este justă, avînd la bază cumulul de probe administrate în cadrul dezbaterilor judiciare, cărora în conformitate cu prevederile art. 130 Cod de procedură civilă le-a fost dată aprecierea juridică cuvenită, cu aplicarea corectă și a normelor de drept material.

Astfel, s-a stabilit că la 02 iunie 2015 reclamantul-intimat Anatolie Verejan a încheiat cu Societatea pe Acțiuni „Klassika Asigurări” contractul de asigurare

medicală pentru persoanele care călătoresc în străinătate cu nr. KL 044929, pentru perioada de acțiune 9 iunie 2015 – 30 iunie 2015.

Potrivit pct. 1.2 din contractul menționat, drept riscuri asigurate în baza contractului de asigurare sunt recunoscute următoarele evenimente, care s-au produs în afara țării traiului permanent în perioada de valabilitate a contractului de asigurare: Asigurarea cheltuielilor medicale (Categoriza riscului A). Caz asigurat este adresarea Asiguratului (Persoanei asigurate) în afara țării traiului permanent după asistență medicală în caz de îmbolnăvire acută, care pune în pericol viața Asiguratului și necesită asistență medicală de urgență, dereglarea sănătății (traumatisme) ca urmare a unui accident, precum și decesul Persoanei asigurate, care s-a produs în afara țării traiului permanent în perioada de acțiune a contractului de asigurare.

Potrivit înscrisurilor eliberate de instituțiile medicale din statul Italia, anexate la materialele cauzei în traducere, s-a stabilit că la 19 iunie 2015 Anatolie Verejan a fost transportat la spitalul de urgență din or. Latisa, Italia, unde în urma investigațiilor s-a depistat un calc în renichi fiind recomandată intervenția chirurgicală (f.d.21-39).

Potrivit Raportului de expertiză medico-legală nr.262 din 19 septembrie 2016, asistența medicală acordată cet. Anatolie Verejan la 19 iunie 2015 - 22 iunie 2015, în perioada aflării ultimului în călătorie în străinătate a fost una de urgență, conform diagnosticului stabilit (Hidronefroză. Calculoză ureterală pe stînga în unicul rinichi chirurgical) și a fost necesară pentru prevenirea pericolului asupra vieții și înlăturarea durerilor acute (f.d.74-79).

Prin răspunsul nr.1833 din 25 noiembrie 2015, Societatea pe Acțiuni „Klassika Asigurări” a informat apelantul că prin decizia/hotărîrea Comisiei de regularizare a daunelor din 24 noiembrie 2015 s-a refuzat compensarea cheltuielilor suportate pentru achitarea serviciilor medicale, acordate în urma acutizării maladiei cronice, existente pînă la intrarea în vigoare a contractului de asigurare medicală (f.d.18).

Art. 8 alin. (1) și (2), lit. a) Cod civil, prescrie că, drepturile și obligațiile civile apar în temeiul legii, precum și în baza actelor persoanelor fizice și juridice care, deși nu sînt prevăzute de lege, dau naștere la drepturi și obligații civile, pornind de la principiile generale și de la sensul legislației civile. Drepturile și obligațiile civile apar din contracte și din alte acte juridice.

În conformitate cu art.512 alin. (1) Cod civil, în virtutea raportului obligațional, creditorul este în drept să pretindă de la debitor executarea unei prestații, iar debitorul este ținut să o execute. Prestația poate consta în a da, a face sau a nu face, iar potrivit art. 514 din același cod, obligațiile se nasc din contract, fapt ilicit (delict) și din orice alt act sau fapt susceptibil de a le produce în condițiile legii.

Totodată, Colegiul notează că atitudinea părților contractante față de obligațiile rezultate din actul juridic, rezultă din art. 513 alin. (1) Cod civil, care statuează expres că debitorul și creditorul trebuie să se comporte cu bună-credință și diligență la momentul nașterii, pe durata existenței, la momentul executării și stingerii obligației.

De menționat că raportul juridic obligațional a luat naștere între părți în baza contractului de asigurare medicală pentru persoanele care călătoresc în străinătate cu nr.KL 044929 din 2 iunie 2015.

Potrivit art. 1301 Cod civil, prin contract de asigurare, asiguratul se obligă să plătească asigurătorului prima de asigurare, iar acesta se obligă să plătească, la producerea riscului asigurat, asiguratului sau unui terț (beneficiarului asigurării) suma asigurată ori despăgubirea, în limitele și în termenele convenite.

Colegiul accentuează că contractul de asigurare este un contract sinalagmatic, cu titlu oneros, un contract consensual, deoarece pentru a produce efecte juridice este necesar consimțământul părților și un contract aleatoriu, deoarece întinderea și chiar existența obligației pentru asigurător nu se cunoaște în momentul încheierii contractului, deoarece depinde de un eveniment viitor și incert.

Totodată, instanța de recurs consideră necesar de a scoate în evidență și prevederile art. 3 lit. a) din Legea cu privire la asigurări nr. 407-XVI din 21 decembrie 2006, potrivit cărora obiectul asigurării îl constituie interesele patrimoniale ce nu contravin legislației Republicii Moldova, corelate cu persoana asiguratului sau a beneficiarului asigurării, cu viața, sănătatea și capacitatea lor de muncă (asigurarea de persoane).

În conformitate cu art. 5 alin. (3) și (4) din aceeași Lege, în asigurarea benevolă (facultativă), raporturile dintre asigurat și asigurător, drepturile și obligațiile fiecărei părți se stabilesc prin contract de asigurare. Condițiile asigurărilor benevole (facultative) sînt stabilite de asigurător, în conformitate cu legislația și cu actele normative ale autorității de supraveghere. Avizarea și constatarea producerii riscurilor asigurate, evaluarea pagubelor, stabilirea și plata despăgubirilor și a îndemnizațiilor de asigurare se efectuează în condițiile legii, în cazul asigurărilor obligatorii, sau în baza condițiilor de asigurare și contractului de asigurare, în cazul asigurărilor benevole (facultative).

Instanța de apel just a constatat că potrivit pct. 5.3.5 din contractul de asigurare, în cazul înaintării cererii spre plată, Asiguratul este obligat să prezinte Asigurătorului documentele și materialele cerute de acesta pentru fundamentarea plății despăgubirii de asigurare. Totodată, instanța reține că, potrivit Cont - facturii nr.A1/V/298 din 03 august 2015, eliberată de Instituția pentru Asistență Medicală nr.2 Bassa Friulana-Isontina, pentru prestațiile medicale cet.Anatolie Verejan urma să achite suma de 3359 Euro, dintre care s-a achitat în avans 500 Euro în termen de 30 de zile (f.d.21-29, Vol.I).

Potrivit facturii nr.24893 din 22 iunie 2015, Anatolie Verejan a achitat suma de 502 Euro (sumă, achitată în avans) (f.d.30-32, Vol.I).

Colegiul menționează că conform chitanței de primire a plății efectuate după excepția instituției nr.7034202 din 28 martie 2018, Verejan Galina (soția reclamantului-intimat), a achitat suma de 3361 Euro în contul instituției medicale pentru spitalizarea lui Verejan Anatolie în perioada 19 iunie 2015 – 22 iunie 2015, în secția Chirurgie, în baza referinței medicale nr.013626/2015 (f.d.181, Vol.I)

Potrivit art. 6 alin. (1) - (4) al Legii cu privire la asigurări nr. 407-XVI din 21 decembrie 2006, suma asigurată este limita maximă a răspunderii asigurătorului în cazul producerii evenimentului pentru care s-a încheiat contractul de asigurare.

În asigurarea de viață, suma care urmează a fi plătită asiguratului sau beneficiarului asigurării la producerea evenimentului prevăzut în contract reprezintă indemnizația de asigurare.

În asigurarea de bunuri și de răspundere civilă, suma pe care asigurătorul o datorează asiguratului în vederea compensării pagubei produse de evenimentul asigurat reprezintă despăgubirea de asigurare.

Indemnizația de asigurare sau despăgubirea de asigurare se plătește de către asigurător în bani. Compensarea prejudiciului prin restabilirea sau repararea bunurilor, prin prestarea de servicii se permite doar cu acordul scris al asiguratului.

Prin urmare, având la bază norma de drept material citată, coroborate cu probele din dosar, Colegiul precizează că instanța de apel corect a opinat că în prezenta cauză a fost confirmată cu certitudine suportarea de către intimat a cheltuielilor pentru asistența medicală urgentă în afara statului de trai, în sumă totală de 3863 Euro, dintre care suma de 502 Euro a fost achitată conform facturii nr.24893 din 22 iunie 2015, iar restul sumei de 3361 Euro fiind achitată conform chitanței nr.7034202 din 28 martie 2018.

Totodată, instanța de recurs apreciază critic argumentele invocate în cererea de recurs or, instanța de apel just a concluzionat despre necesitatea modificării hotărârii instanței de fond prin majorarea prejudiciului material pretins, de la suma admisă de către instanța de fond de 502 Euro, la suma confirmată inclusiv în cadrul examinării cauzei în instanța de apel în mărime de 3863 Euro, așa cum la survenirea riscului asigurat, Verejan Anatolie, în calitate de asigurat, pentru asistența medicală urgentă a suportat anume cheltuielile în sumă de 3863 Euro, confirmate prin probele prezentate.

Prin urmare, refuzul recurentului, în calitate de Asigurător al raportului juridic de asigurare este contrar legii și contractului încheiat cu intimatul.

În continuare, Colegiul consideră că instanța de apel corect a reținut aprecierile instanței de fond prin care prin care s-a respins ca netemeiată solicitarea cu privire la încasarea dobânzii de întârziere pretinse or, pentru a putea imputa debitorului neexecutarea obligației, creditorul urma să confirme că creanța este certă și exigibilă.

În cauza dată, confirmarea achitării sumei de 3361 Euro a fost prezentată de reclamant abia în instanța de apel, plata fiind efectuată la 28 martie 2018, fapt care denotă că la momentul solicitării încasării sumei de la recurentul-pârât, intimatul-reclamant nu transfera-se suma solicitată pe contul instituției medicale.

Respectiv, este întemeiată poziția primei instanțe, menținută prin decizia instanței de apel, precum că creanța pretinsă nu era certă, exigibilă și confirmată la momentul adresării în instanța de judecată, fapt pentru care nici recurentul-pârât nu putea fi pus în întârziere la data înaintării somației de plată din 09 septembrie 2015.

Cu referire la prevederile art.94 Cod de procedură civilă, Colegiul menționează că instanța de apel corect a dispus și încasarea din contul Societății pe Acțiuni „Klassika Asigurări” în beneficiul lui Verejan Anatolie a cheltuielilor de judecată în sumă de 2221 lei.

Din considerentele menționate supra și având în vedere că decizia din 17 aprilie 2018 a Curții de Apel Chișinău este legală și întemeiată, iar argumentele recurentului nu sunt justificate, Colegiul civil, comercial și de contencios

administrativ lărgit al Curții Supreme de Justiție ajunge la concluzia de a respinge recursul declarat de către Societatea pe Acțiuni „Klassika Asigurări”, cu menținerea deciziei instanței de apel.

În conformitate cu art. 445 alin. (1) lit. a) Cod de procedură civilă, Colegiul civil, comercial și de contencios administrativ lărgit al Curții Supreme de Justiție

d e c i d e :

Se repinge recursul declarat de către Societatea pe Acțiuni „Klassika Asigurări”.

Se menține decizia din 17 aprilie 2018 a Curții de Apel Chișinău, în cauza civilă, la cererea de chemare în judecată depusă de către Verejan Anatolie împotriva Societății pe Acțiuni „Klassika Asigurări” cu privire la încasarea prejudiciului material, dobânzii de întârziere și cheltuielilor de judecată.

Decizia este irevocabilă.

Președintele ședinței,
judecătorul

Tatiana Vieru

judecătorii

Maria Ghervas

Nicolae Craiu

Luiza Gafton

Victor Burduh