

SZEGEDI ÍTÉLŐTÁBLA
Pf.I.20.214/2017/7. szám

A Szegedi Ítéltábla a dr. Környei László ügyvéd által képviselt **felperes neve (címe)** szám alatti lakos felperesnek – a dr. Szabó Levente Antal ügyvéd által képviselt **alperes neve (címe)** szám alatti székhelyű alperes ellen biztosítási összeg megfizetése iránt indított perében a Kecskeméti Törvényszék 2017. január 25. napján kelt 5.P.21.326/2014/60. számú ítélete ellen a felperes részéről 64. sorszám alatt előterjesztett fellebbezés folytán lefolytatott másodfokú eljárásban meghozta a következő

Í T É L E T E T:

Az elsőfokú bíróság ítéletét **részben megváltoztatja** és kötelezi az alperest, 15 nap alatt fizessen meg a felperesnek 11.950,- (tizenegyezer-kilencszázötven) eurót, valamint ennek 2002. október 11. napjától a kifizetésig járó évi 4 %-os kamatát.

A felperes által fizetendő elsőfokú eljárási illeték összegét 684.000,- (hatszáznyolcvannégyezer) forintra leszállítja, az alperest terhelő 216.000,- (kettőszáz-tizenhatezer) forintra felemeli.

A felperest terhelő állam által előlegezett költség összegét 268.291,- (kettőszáz-hatvannyolcezer-kettőszáz-kilencvenegy) forintra leszállítja, az alperes által fizetendőt 129.532,- (egyszáz-huszonkilencezer-ötszázharminckettő) forintra felemeli.

Az alperesnek járó elsőfokú eljárási költség összegét 1.300.000,- (egymillió-háromszázezer) forintra leszállítja.

Egyebekben az elsőfokú bíróság ítéletét helybenhagyja.

A felperest 2.400.000,- (kettőmillió-négyszázezer) forint, az alperest 100.000,- (egyszázezer) forint le nem rótt fellebbezési eljárási illeték megfizetésére kötelezi – külön felhívásra – az államnak.

Kötelezi a felperest, 15 nap alatt fizessen meg az alperesnek 500.000,- (ötszázezer) forint másodfokú eljárási költséget.

Az ítélet ellen fellebbezésnek helye nincs.

I N D O K O L Á S

A felperes 1993. december 12-én – magyarországi közvetítőn keresztül – ajánlatot írt alá az ausztriai székhelyű alperesi biztosító társaság által ajánlott élet- és baleset-biztosításra. Az ajánlatban 1.000.000 osztrák schilling biztosítási összeg került feltüntetésre. Az alperes 1994. január 21-i keltezéssel küldte meg a felperesnek az életbiztosítási kötvényt, amelyben a baleseti rokkantság esetére szóló biztosítási összeget 500.000 osztrák schillingben tüntette fel. A kötvény kiegészítő biztosítása baleseti rokkantság esetére különleges baleset-biztosítási feltételt tartalmazott, eszerint „az AUVB 1990. 7. cikkely 7. pontjától eltérően a maradandó rokkantság esetére az alábbi vonatkozik: amennyiben baleset következtében a kötvénytulajdonos 50%-os mértékben vagy azt meghaladóan maradandóan rokkanttá válik, úgy a kötvényben feltüntetett biztosítási összeg teljes

mértékben kifizetésre kerül. Ha a megállapított rokkantsági fok 50% alatti, úgy jelen szerződésből nem történik kifizetés. Az AUVB 1990. egyéb rendelkezései változatlan formában érvényesek.” A kötvény rögzíti, hogy az 1994. december 1. után fizetendő biztosítási díj 8.661 schilling. A biztosítási időszak 1993. december 1-től 2008. december 1-ig terjed. A felperes a biztosítási kötvénnyel együtt az általános szerződési feltételeket nem kapta kézhez.

A felperes 2001. október 27-én – véletlenül – közlekedési balesetet szenvedett, melynek következtében olyan maradandó fogyatékoságai alakultak ki, amik munkaképességét jelentős mértékben csökkentették, de természetes eredetű megbetegedései a balesetet megelőzően is voltak. A balesettel összefüggésben 65 napig állt kórházi kezelés alatt, táppénzes betegállománya a 22 napot meghaladta.

A felperes felesége a biztosítási esemény bekövetkeztét 2001. november 5-én telefonon, majd az azt követő napon orvosi igazolás csatolásával írásban is bejelentette az alperesnek. A biztosító 2001. december 7-én megküldött formanyomtatványán bejelentését megismételte és ismét csatolta az orvosi iratokat. A nyomtatványt német nyelven is kitöltötte, amit 2002. január 2-án postázott. Az alperes ezt követően január 11-én tájékoztatta a felperest, hogy a balesetből eredő gyógykezelés befejezése után szükséges a megfelelő orvosi igazolások benyújtása. Utalt arra, orvosi szakvélemény alapján tartós rokkantság megállapítására legkorábban a baleset napjától számított 1 év múlva kerülhet sor. Majd újabb, július 3-i levelében a kezelés befejezéséről kért információt és tájékoztatta a felperest, hogy orvosszakértőt vesz igénybe a maradandó fogyatékoság mértékének meghatározásához. A felperes 2002. szeptember 26-án megjelent az alperes által megbízott orvosszakértő előtt, aki megállapította, hogy maradandó fogyatékoságának mértéke 45%. Az alperes erre figyelemmel 2002. október 14-én megtagadta a biztosítási összeg kifizetését.

Ezt követően a felperes a biztosítási szerződést felmondta, melyet az alperes 2003. január 20-án kelt levelével – 2002. december 1. napjára – elfogadott.

A felperes jogi képviselője útján 2004. február 10-én és május 25-én írásban fordult az alpereshez, továbbra is kérve a biztosítási összeg kifizetését, melyet a biztosító elutasított.

A felperes maradandó fogyatékoságának mértéke meghatározásához orvosszakértőt vett igénybe. A szakértő 2005. április 12-i szakvéleményében megállapította, az egészségkárosodás 86%-os, a rokkantság mértéke pedig – figyelembevételével jelenlegi végleges állapotát – meghaladja az 51%-ot.

Ezt követően a felperes április 28-án ismételt megkereste a biztosítót és kérte orvosi felülvizsgálatát, melyet az alperes 2005. június 22. napján elutasított. A felperes augusztus 31-én újabb felülvizsgálati kérelmet terjesztett elő, melyről az alperes 2005. november 8-án – arra hivatkozással, hogy baleset-biztosítási igénye határidőn túli, elévült – elzárkózott. Ennek ellenére a felperes 2005. november 30-án és december 22-én újból kárigénnyel fordult az alpereshez.

A felperesnél az OOSZI elsőfokú orvosi bizottsága 2002. május 30-án 100%-os munkaképesség-csökkenést véleményezett és megállapította, hogy 2. csoportú rokkant.

A balesetet megelőző egy évben a felperes 2000. október 27-től 2001. június 1-ig táppénzes állományban volt, június 2-től július 1-ig vállalkozói tevékenységet folytatott, július 2-től szeptember 30-ig munkaviszony keretében dolgozott, míg október 1-től október 26-ig ismét vállalkozói tevékenységet végzett.

A felperes ilyen előzményeket követően kereseti kérelmet terjesztett elő először a ... Megyei Bíróság, majd – áttételt követően – a ... Megyei Bíróság előtt az alperes ellen. Többször módosított keresetében 1.000.000 osztrák schillingnek megfelelő euró biztosítási összeg és járulékai, valamint az AUVB 1990. rendelkezései szerinti egyéb költségek megtérítésére kérte az alperes kötelezését.

Az alperes ellenkérelme elsődlegesen a kereset elutasítására irányult. Hivatkozása szerint a felek között a kötvény tartalmának megfelelően jött létre a szerződés, s miután a felperes balesetből eredő maradandó egészségkárosodásának mértéke nem éri el a szerződési feltételekben szereplő 50%-ot,

részére a biztosítási összeg nem jár. Az egyéb igényelt költségek pedig nem szerepelnek a megállapodásban, így azokra megalapozott igényt nem terjeszthet elő.

A ... Megyei Bíróság 2010. március 23-án kelt 14.P.21.584/2007/82. számú ítéletében a keresetet részben alaposnak találta.

A peres felek fellebbezése folytán eljáró Szegedi Ítéltábla Pf.III.20.360/2010/5. számú végzésével az elsőfokú ítéletet hatályon kívül helyezte és az elsőfokú bíróságot újabb eljárásra és újabb határozat hozatalára utasította.

A megismételt eljárásban az elsőfokú bíróság 14.P.20.395/2011/3. számú ítéletével a keresetnek részben adott helyt.

A Szegedi Ítéltábla Pf.III.20.401/2011/12. számú végzésével az elsőfokú ítéletet ismételten hatályon kívül helyezte. A hatályon kívül helyezés indoka mindkét esetben az volt, hogy az elsőfokú bíróság nem az irányadó osztrák jogot alkalmazta.

A másodfokban megismételt eljárásban a felperes keresetét fenntartotta, míg az alperes ellenkérelmét annyiban módosította, hogy 500.000 schilling erejéig a keresetet elismerte. Megjegyezte, az ajánlati lapok közvetítői és biztosítói példányán egyaránt átjavításra került a biztosítási összeg 1.000.000 schillingről 500.000 schillingre, következésképpen ez utóbbi ajánlati tartalommal jött létre a szerződés. Ekörben kiemelte, a szerződéskötéskor eljáró közvetítő biztosítási alkuszaként végezte tevékenységét, így önálló felelőssége van. A felperes által igényelt további költségek közül nem vitatta a grazi orvosi vizsgálaton való megjelenéssel összefüggésben felmerült tolmács- és szállásköltséget, a gépkocsivezető díját, valamint a parkolójegy árát 618 euró összegben.

Az elsőfokú bíróság 5.P.20.247/2012/67. számú ítéletével kötelezte az alperest, fizessen meg a felperesnek 73.924 eurót és ennek 2002. október 11. napjától a kifizetés napjáig járó évi 4%-os kamatát. Ezt meghaladóan a keresetet elutasította.

Az ítéltábla Pf.I.20.159/2014/2. számú rész- és közbenső ítéletével az elsőfokú bíróság ítéletének nem fellebbezett részét nem érintette, megfellebbezett rendelkezései közül a napidíj iránti igény elutasítására vonatkozó rendelkezést részben megváltoztatta és az alperest 8.912 euró, valamint ennek 2002. október 11-től a kifizetésig járó évi 4%-os kamata megfizetésére kötelezte. Ezt meghaladóan az ekörben előterjesztett keresetet elutasította. Megállapította egyúttal, hogy a 2001. október 21-én bekövetkezett balesettel okozati összefüggésben a felperest a kórházi tartózkodás idejére járó díj és fájdalomdíj teljes mértékben megilleti. A balesettel összefüggő költségek megtérítésére irányuló követelésre, valamint az eddig felmerült első- és másodfokú eljárási költségekre kiterjedően az elsőfokú bíróság ítéletét hatályon kívül helyezte és ugyanezt a bíróságot újabb eljárásra és újabb határozat hozatalára utasította. Indokolásában részletesen kitért az egyes, a felperes által érvényesített költségtételekre, így véglegesen eldöntötte a napidíj iránti igényt, megállapította, hogy a jogerős rész- és közbenső ítéletben megítélt összegben felül a felperes a szakértői véleményben foglaltakhoz képest magasabb összegű napidíj megfizetésére irányuló kereseti kérelme alaptalan. A kórházi tartózkodás idejére járó díj és fájdalomdíj tekintetében eldöntötte a követelés jogalapjának fennállását, annak összegszerűsége kérdésében utasította az elsőfokú bíróságot az eljárás folytatására. Rámutatott, mind a jogalap, mind az összeg tekintetében az elsőfokú bíróságnak kell döntenie a balesettel összefüggő költségekről.

A peres eljárás alatt az **(A)** Biztosító a károkozó gépjármű felelősségbiztosítása alapján a felperesnek 11.154.638,- forintot teljesített.

Az újabb megismételt eljárásban a felperes többször módosított keresetében (43. szám) mindösszesen 291.227 euró és annak kamatai megfizetésére kérte kötelezni az alperest. Követeléseként kórházi tartózkodása idejére járó díjra, napi- és otthoni ápolási díjra, fájdalomdíjra és balesettel összefüggő költségeire tartott igényt.

Az alperes ellenkérelme a módosított kereset elutasítására irányult. Véleménye szerint ugyan a Szegedi Ítéltábla megállapította egyes követelések jogalapjának fennállását, azonban azok tényleges és felmerült összegét a felperes nem bizonyította. Állította, a biztosítási szerződésben fájdalomdíjat a felek nem kötöttek ki, így annak AUVB szerinti kiszámítása nem lehetséges. Hozzátette, az **(A)** biztosító által a károkozó gépjármű felelősségbiztosítása alapján a felperesnek kifizetett biztosítási összeg meghaladja a felperesi igényt, ennél fogva követelése egészében alaptalan.

Az elsőfokú bíróság ítéletével a keresetet elutasította. Indokolásában az ítéltábla jogerős rész- és közbenső ítéletével eldöntött tételek kapcsán mindenekelőtt megállapította, a felperes a napidíjra és az AUVB 9. cikkelyére alapított otthoni ápolási díjra felemelt kereseti kérelmet nem terjeszthet elő. A balesettel összefüggő költségek tekintetében az AUVB 11. cikkelyére utalt, melynek alapján a szerződésben meghatározott biztosítási összeg mértékéig térít a biztosító, feltéve, hogy a követelések a baleset napjától számított 2 éven belül keletkeztek. A lefolytatott bizonyítás eredményeként arra a megállapításra jutott, hogy a károkozó gépjármű felelősségbiztosítása alapján az **(A)** Biztosító részéről a felperesnek térített 11.154.638,- forint jóval több az általa követelt összegnél, ezért a fennmaradó keresetet elutasította. Másodlagos indokolásként a kórházi tartózkodás idejére járó díj és fájdalomdíj kapcsán kifejtette – utalva az AUVB 10. cikkely 1. és 2. pontjára –, a biztosítási kötvény ezekre nem tartalmaz értékmegjelölést, következésképpen mértékük sem állapítható meg. Hozzátette, a becsatolt osztrák orvos- és biztosítási szakértő véleménye ugyancsak az alperesi álláspontot támasztja alá.

Az ítélet ellen a felperes terjesztett elő fellebbezést elsősorban annak megváltoztatása, és az alperes módosított kereset szerinti marasztalása, másodsorban annak hatályon kívül helyezése érdekében. Hangsúlyozta, a hatályon kívül helyezés – többek között – az osztrák bírói gyakorlat beszerzését írta elő, melynek eleget tett, az igényelt fájdalomdíj és a kórházi tartózkodás idejére járó díj alátámasztásául tartományi bíróságok ítéleteire hivatkozott, az elsőfokú bíróság azonban mindezeket figyelmen kívül hagyta. Állította, az, hogy a kórházi napidíj összegére vonatkozóan a biztosítási szabályzat nem tartalmaz konkrét összeget, a terhére nem értékelhető, ugyanis az orvosszakértői véleményben foglaltak, illetve a biztosítási ajánlatok figyelembevételével, valamint a konkrét biztosítási kötvény alapján a követelés megítélhető, bizonyított. Nyilvánvaló, hogy az osztrák anyagi jog nem tartalmaz összességében a kórházi tartózkodás idejére járó díjat. Ha az alperes ennek megfizetésére a szerződésben kötelezettséget vállalt, úgy az összegről – mértékének kétségesége esetén – az irányadó gyakorlat szerint kellett volna állást foglalnia a bíróságnak. Hozzátette, az osztrák biztosítók gyakorlatában a kórházi tartózkodás díja minden esetben átalányösszeg, ugyanakkor megjegyezte, hogy a Szövetségi Igazságügyi Minisztérium az AUVB 9. cikkelyével kapcsolatosan is arra az állásfoglalásra jutott, hogy annak nagyságát a biztosítási szerződésben kell meghatározni. A balesettel összefüggő költségek vonatkozásában előadta, a Bécsi Szövetségi Igazságügyi Minisztérium BNJ-Z107/0036/2014. számú állásfoglalása szerint a térítési díjat is a biztosítási kötvénynek kellett volna tartalmaznia, de arról nem szólt, hogy ennek hiányában a biztosítónak ne lenne fizetési kötelezettsége.

Hangsúlyozta, az **(A)** Biztosító által fizetett összegre az osztrák anyagi jog csupán vagyoni kártérítés esetére rögzíti a kétszeres térítés tilalmát. Az otthoni ápolási díj kapcsán az AUVB 9. cikkelyére hivatkozott, kiemelve, hogy a biztosítási gyakorlat szerint ez is átalányösszegű. Kifogásolta az

osztrák orvos- és biztosítási szakértő véleményének elfogadását, mivel megállapításai ellentétesek a felperesi beadványok tartalmával.

Fellebbezésének kiegészítésében a baleset-biztosításából eredő teljesítéseket táblázatos formában mutatta ki.

Az alperes fellebbezési ellenkérelme az elsőfokú bíróság ítéletének helybenhagyására irányult. Kérte figyelembe venni, hogy, a felperes a megismételt eljárásban az alperes által benyújtott szakvélemények tartalmát nem vitatta, így az elsőfokú bíróság okszerűen fogadta el azokat ítélezése alapjául. Hozzátette, a perben nem a deliktualis felelősség szabályait kell alkalmazni, mivel azonban az érintett biztosítási szerződésben sem a fájdalomdíj, sem a kórházi tartózkodás idejére járó díj összege nincs kikötve, azok mértéke nem állapítható meg. Ezt támasztja alá a csatolt Szövetségi Igazságügyi Minisztériumi állásfoglalás is.

A fellebbezés **részben alapos**.

A fellebbezési szakban a jogerős rész- és közbenső ítéletre tekintettel a követelés jogalapja és az alperes helytállási kötelezettsége már nem volt vitatható (Pp. 213. § (2)-(3) bekezdés), csupán egyes részkövetelésekkel összefüggésben folyt az elsőfokú bíróság előtt a megismételt eljárás.

A Szegedi Ítéltábla Pf.I.20.159/2014/2. számú részítéletével jogerősen eldöntötte a felperes napidíj iránti igényét, ezért ennek módosítására – a Pp. 213. § (1) bekezdés szerinti beszámítási kifogás vagy viszontkereset hiányában – nincs jogi lehetőség. Helyesen döntött tehát az elsőfokú bíróság a *napidíjra* irányuló kereseti kérelem érdemi vizsgálatának mellőzéséről.

A fellebbezés elbírálása ennek folytán az otthoni ápolási díj, a fájdalomdíj, a kórházi tartózkodás idejére járó díj, valamint a balesetből származó költségek megtérítésére korlátozódott. Mindezek eldöntéséhez elsődlegesen a felek között létrejött szerződés tartalmát kellett vizsgálni, ahogy ezt a megismételt eljárásban becsatolt szakértői vélemények és a megkeresett minisztériumi állásfoglalás is alátámasztotta az osztrák joggyakorlat alapján.

Kárbiztosítás esetén a biztosító köteles a biztosítottnak a biztosítási esemény bekövetkezése miatt okozott vagyoni kárt a szerződés rendelkezései értelmében megtéríteni. Életbiztosítás és baleset-biztosítás, valamint a személyi biztosítások más módjai esetén a biztosító köteles a biztosítási esemény bekövetkezése után a megállapodott tőke, vagy járadék összegét kifizetni, vagy az egyéb megállapodott szolgáltatást teljesíteni (Vers VG 1. § (1) bekezdés).

Az osztrák Szövetségi Igazságügyi Minisztérium állásfoglalása szerint a biztosítótársaság egy baleseti következményekre kötött biztosítási szerződés alapján köteles szolgáltatás nyújtására, vagyis kötelezettsége magából a szerződésből ered.

Itt tartja szükségesnek kifejteni az ítéltábla az alperes érvelésével összefüggésben a káronszerzés tilalmával kapcsolatos álláspontját. A perben nem volt vitás, hogy a felek között biztosítási szerződés jött létre, melynek lényege szerint a felperes díj fizetésére, míg az alperes a szerződésben meghatározott biztosítási esemény bekövetkezése esetén bizonyos összeg megfizetésére vállalt kötelezettséget. Nem tehető vitássá az sem, hogy a biztosítási esemény bekövetkezett, ezzel az alperes helytállási kötelezettsége beállt. A biztosító azonban vitatta a helytállási kötelezettség terjedelmét és mértékét. Lényeges, hogy az alperes a biztosítási szerződésben vállalta szerződéses szolgáltatásként azt a kockázatot, hogy a biztosítási esemény bekövetkezése esetén helytáll a szerződésben kikötött tételeket illetően a felperesi biztosított irányában, fizeti a kötelezettségvállalása körébe eső tételeket. Nem lehet szó ezért káronszerzésről akkor sem, ha ez az összeg a tényleges kárt meghaladja akár azért, mert magasabb összeget rögzít a szerződés, akár azért mert a kártétel máshonnan már megtérült. Nem kártérítésről van ugyanis szó a biztosítási

jogviszonyban, hanem szerződésen alapuló térítési díjfizetési kötelezettségről. Így ha a biztosított több biztosítási szerződést köt, mindegyik biztosító saját szerződéses vállalásának megfelelően köteles teljesíteni, függetlenül a többiek vagy más személy (akár más felelősségbiztosító) teljesítéséről. Ez utóbbiak csak akkor vehetők figyelembe, ha azt a szerződésben külön kikötötték.

Ahogy azt az ítéletábra rész- és közbenső ítéletében már kifejtette, egyedi szerződésükben a felek az általánosan alkalmazottól eltérő baleset-biztosítási feltételben állapodtak meg, eszerint az AUVB 1990. 7. cikkely 7. pontjától eltérően a maradandó rokkantság esetére más szabályt kötöttek ki, ugyanakkor az AUVB 1990. egyéb rendelkezései változatlan formában érvényesek. Ez egyértelművé teszi, hogy az AUVB 1990. Általános Szerződési Feltételek 7. cikkely 7. pontját kivéve annak további rendelkezései a szerződés részévé váltak. Mivel az ekként a biztosítási szerződés részévé vált Általános Szerződési Feltételek 10. cikkelye a kórházi tartózkodás idejére járó díjról, valamint a fájdalomdíjról, 11. cikkelye pedig a balesettel összefüggő költségekről rendelkezik, a felperes e kikötéseknek megfelelő tartalommal, az abban foglalt feltételek fennállása esetén ilyen jogcímenen térítésre igényt tarthat.

Helyes az az elsőfokú ítéleti álláspont is, hogy az *otthoni ápolási díjra* felemelt kereseti követelés alaptalan. Miután a felek jogviszonyára az osztrák jogot kell alkalmazni, ami a szerződési rendelkezések szerinti döntést preferálja, az e jogcímen előterjesztett igényt olyan szempontból kellett elsődlegesen vizsgálni, hogy vonatkozik-e arra valamely kikötés. A felperesi hivatkozás szerinti 9. cikkely viszont ilyen tartalmú rendelkezést nem rögzít. Az legfeljebb a balesettel összefüggő költségek közé lenne sorolható, vagyis akkor állna fenn az alperes helytállási kötelezettsége rá nézve, ha arról a 11. cikkely rendelkezik. Mivel azonban ilyen költséget nem nevesít és a szerződés máshol sem említi, az erre irányuló követelés alaptalan. Alaptalan lenne egyébként az azért is, mert a 11. cikkely e költségekre kizáró rendelkezést tartalmaz, amikor a teljesítés feltételül tartja, hogy más biztosító még nem teljesített térítést. Az ugyanakkor tény, hogy a felperes a károkozó biztosítójától kapott kártérítést.

A *balesettel összefüggő költségeket* az AUVB 11. cikkelye sorolja fel. Azok akkor folyósíthatók, ha a baleset napjától számított 2 éven belül keletkeztek és a TB-nek ebben a vonatkozásban nincs térítési kötelezettsége. Lényeges további – kikötött – jogosultsági feltétel, hogy valamely más biztosító még nem teljesített a károsult részére térítést.

A perbeli esetben a felperes az **(A)** Biztosítótól a károkozó felelősségbiztosítása alapján 11.154.638,- forintot kapott, így az idézett kizáró rendelkezés megvalósulása miatt a balesettel összefüggő további költségekre az alperessel szemben már nem tarthat igényt.

A további kérdésköröket illetően a felek álláspontjaik alátámasztására szakértői véleményeket csatoltak, vagyis magánszakértői állásfoglalások konkuráltak egymással.

A szakértői vélemény a bizonyítás egyik eszköze, amelynek bizonyító ereje a megválaszolandó szakkérdésekkel kapcsolatos minden ellentmondást érintő és feloldó, tudományosan megalapozott érvein alapul (BH2004. 43.). A fél által beszerzett szakértői véleményt a bíróság a szabad bizonyítás keretén belül értékelni köteles. Megállapításai alkalmasak lehetnek más szakértői vélemény aggályossá tételére, bizonyító erejének lerontására, ezért nem mellőzhető azok ütköztetésével az ellentmondások feloldásának megkísérlése. Ez a kötelezettség azonban csak egyszerű mérlegeléssel nem tisztázható, tényleges ellentmondások esetén áll fenn.

Lényeges ezért, hogy az eljárás során a bíróság a Pp. 206. § (1) bekezdése alapján mérlegeli az egyes bizonyítékokat, tehát megállapítja azok bizonyító erejét, másrészt azokat összességükben, összefüggéseik alapján is értékeli. Ez egyebek mellett azt jelenti, hogy a bíróság a szakértői bizonyítékok körében is köteles vizsgálni a szakvélemény meggyőző erejét, egybevetve más

bizonyítékokkal. A bírói mérlegelés folytán nem kizárt, hogy a bíróság a szakértői véleménytől eltérő álláspontot fogadjon el, ha ezt megfelelően indokolja.

A szakértői vélemény megállapításai akkor fogadhatók el, ha azok megfelelően alátámasztottak, igazolhatók és ellenőrizhetők.

Tény, hogy a rendelkezésre álló magánszakértői vélemények lényeges kérdésekben egymásnak ellentmondóak.

A felperes által csatolt vélemény a fájdalomdíj tekintetében általa vélelmezett tényekre támaszkodik, nem konkrét adatokon nyugszik (38. szakvélemény 3. oldal). Ezzel szemben az alperesi szakértő álláspontját részletesen, szakirodalommal alátámasztottan fejti ki megemlítve a kórházi tartózkodás időtartamának számításához figyelembe veendő, az irányadó osztrák jog által alkalmazott feltételeket, módszert. Ezen túl kimerítően ismerteti a fájdalomdíj meghatározásának szempontjait, melyek a felperesi véleményből nem nyomonkövethetők, így az abban szereplő adatok sem ellenőrizhetők. Ennélfogva a felperesi magánszakértői vélemény megállapításaihoz nyomatékos kétség fér, ahogy meggyőzőerővel sem bír, ezért az ítéletábra – az elsőfokú bírósághoz hasonlóan – az alperes által csatolt magánszakvéleményeket fogadta el ítélezése alapjául. A szakvélemények ütköztetése így viszont szükségtelemmé vált, hiszen az osztrák szakértők véleményüket az ottani joggyakorlat szerint alakították ki, míg a felperesi véleményből nem derül ki, az eljáró szakértő mennyiben jártas a megismételt eljárásra előírt osztrák joggyakorlati elvekben, melyek az egyes követelések mértékének meghatározásánál alapul kell szolgálnanak.

A kórházi tartózkodás idejére járó díj és a fájdalomdíj tekintetében az alperes azzal érvelt, hogy mivel a szerződésben ezek összegszerűen nincsenek kikötve, kiszámítása lehetetlen, a követelés is alaptalan.

A felek közötti biztosítási szerződés tényszerűen valóban nem tartalmaz az érintett tételekre egzakt kiinduló adatokat. Lényeges azonban, hogy a szerződési kikötéseket az alperes alakította ki, vállalva annak kockázatát, hogy megfelelő bizonyítás esetén – a helytállási kötelezettség fennállásával – köteles biztosítási összeget téríteni. Miután helytállási kötelezettséget tényszerűen vállalt az alperes, csupán annak mértékét nem határozta meg, ennek hiánya nem mentesíti a fizetési kötelezettség alól. Ha a felek a szerződésben a térítési összegben pontosan nem állapodtak meg, konszenzusuk az általános szabályok talaján kialakult gyakorlat alkalmazására kellett irányuljon.

A kórházi tartózkodás idejére járó díjról az AUVB 10. cikkely 1. pontja rendelkezik. Eszerint ezen a címen a biztosító díjat minden olyan naptári napra fizet, melyen a biztosított fél a biztosítási esemény bekövetkezte miatt, orvosilag indokolt kórházi gyógykezelés alatt áll, maximum 365 napra a baleset napjától számított 2 éven belül.

A rendelkezésre álló adatok szerint a szerződésben kikötött időtartam alatt a felperes 65 napot töltött kórházban, ennek a felperes részéről igényelt és az alperesi magánszakértő által egyezően meghatározott mértéke napi 50 euróra tehető. Megjegyzi az ítéletábra, a szakértő álláspontját összehasonlító adatokkal is alátámasztotta, a napi mértéket pedig az alperes sem vitatta. Lényeges az is, hogy e követelés jogalapját az ítéletábra már jogerős közbenső ítéletével megállapította, de olyan kizáró rendelkezés sincs a szerződésben, amely az alperest a teljesítés alól mentesítené. Mindezek következtében az ítéletábra e címen az eredeti kereseti követelés szerint marasztalta az alperest 3250,- euróban.

A fájdalomdíj az AUVB 10. cikkely 2. pontja értelmében egyszeri teljesítés, mely az orvosilag indokolt, megszakítás nélküli 15 napos kórházi gyógykezelés esetén jár. Ha ez megszakítások nélkül legalább 22 napig tart, a fájdalomdíj mértéke 50 %-kal nő.

Az ABGB 1325. §-ban (deliktualis felelősség) megjelölt fájdalomdíj mindazon elszenvedett károk jóvátétele, amit a károsult sérülései és azok következményei miatt szenved el. A cél az, hogy a

fájdalmak tartamának és intenzitásának figyelembevételével, azok összhatásában a sérülések súlyossága és az egészségi állapot fizikai és pszichikai korlátozása a fájdalomérzetek együttes hatásával kerüljön kompenzálásra. A fájdalomdíj mértékéről az alperesi orvosszakértő az általános, a bírói joggyakorlatban alkalmazott elvek alapján nyilatkozott, így konkrét szerződéses rendelkezés hiányában ezt kell irányadónak tekinteni. Az ítélezési gyakorlat egységesítése érdekében az osztrák bíróságok az „összkártalanítás” meghatározásakor objektív mércét alkalmaznak, az egyes esetekben megítélt összeg pedig nem haladhatja meg a joggyakorlat által a mérték meghatározására szolgáló általános mértéket (56. számú szakvélemény – RIS-Justiz RS0031075). Az egyes fájdalomszakaszokat a gyakorlat enyhe, közepes és súlyos, kínzó fájdalom-intenzitásokra osztja, 2001-ben ezek mértéke átlagosan 100,-, 200,-, illetve 300,- euró volt.

Az 1990. évi AUVB 10. cikkelye nem a biztosított tényleges sérülését, illetve nem a sérült biztosított érzelemlágának valós kellemetlenségét veszi alapul, hanem kizárólag azt, hogy a biztosított töltött-e legalább 15 napot orvosilag szükséges megszakítás nélküli bentfekvéses gyógykezelésen. Amennyiben ez a feltétel teljesül, úgy a biztosított a kockázatért „fájdalomdíjként” kialakult egyszeri biztosítási összeget, legalább 22 napos ugyanilyen gyógykezelés esetén az összeg 150 %-át kapja.

Az osztrák joggyakorlat szerint a mérték szempontjából lényeges egyes fájdalomperiódusok a felperesi szakvéleményben nem nyomonkövethetők, abban valójában csupán a kezelési napok egyszerű összeadása, valamint a fájdalom intenzitásának önkényes és eltúlzott becslése szerepel, mely nem igazodik a fent ismertetett általános és alkalmazott mértékhez (56. számú szakvélemény). Az osztrák jogirodalomban használt fájdalomkatalógus, a felperesi orvosi leletek, a sérülés fajtája és súlyossága, a dokumentált kezelések lefolyása alapján, a 22 napot meghaladó kórházi tartózkodás folytán ezért 8.700,- euró fájdalomdíj állapítható meg. Az elfogadott szakvélemény is ezt erősíti, figyelembe véve az egyes fájdalomszakaszokat, melytől a bíróságok sem térhetnek el.

Az AUVB 10. cikkely 2. pontja nem tartalmaz olyan kikötést, mely korlátozná vagy kizárná – a feltételek fennállása esetén – az alperes helytállási kötelezettségét, ennél fogva az ítéltábla részben alaposnak találta a felperesi igényt, és az elfogadott szakvéleményben felállított mércét alapul véve kalkulálta annak mértékét.

Az így megállapított tőkeösszeg után a felperes az AUVB 1990. 7. cikkely 6. pontja szerinti 4 %-os kamat fizetésére köteles.

A kifejtettekre tekintettel az ítéltábla az elsőfokú bíróság ítéletét a Pp. 253. § (2) bekezdése alapján a rendelkező részben foglaltaknak megfelelően részben megváltoztatta. A peres felek pernyertességi-pervesztességi aránya megváltozott, a felperes 24 %-ban lett pernyertes, így az ítéltábla ezt figyelembe véve rendezte a felek elsőfokú eljárási költség, eljárási illeték és állam által előlegezett költségviselésének mértékét. Egyebekben az elsőfokú bíróság ítéletét helyben hagyta.

A felperes fellebbezése 4 %-ban bizonyult eredményesnek, ennek arányában kötelezte a feleket a 6/1986. (VI. 26.) IM rendelet 13. § (2) bekezdése és 15. § (1) bekezdése alapján a le nem rótt fellebbezési eljárási illeték viselésére.

A Pp. 81. § (1) bekezdése alapján köteles a nagyobb arányban pervesztés felperes az alperes másodfokú eljárásban felmerült, jogi képviselésével összefüggő költségének viselésére, melynek mértékét az ítéltábla a 32/2003. (VIII. 22.) IM rendelet 3. § (2) bekezdése, valamint (5) és (6) bekezdései alapján, a kifejtett munkával arányosan, mérlegeléssel állapította meg.

Szeged, 2017. július 7.

Dr. Kiss Gabriella s.k.. Bánfalvi-Bottyán Csilla s.k.. Bálint Attila s.k.

a tanács elnöke

előadó bíró

táblabíró