

Sygn. akt I Ca 264/17

WYROK

W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 31 sierpnia 2017 r.

Sąd Okręgowy w Łomży I Wydział Cywilny

w składzie:

Przewodniczący:	SSO Włodzimierz Wójcicki (spr.)
Protokolant:	Katarzyna Milewska

po rozpoznaniu w dniu 31 sierpnia 2017 r. na rozprawie

sprawy z powództwa J. Ż.

przeciwko (...) S.A w W.

o zapłatę

na skutek apelacji pozwanego

od wyroku Sądu Rejonowego w Łomży

z dnia 28 kwietnia 2017 r. sygn. akt I C 196/17

I. apelację oddala;

II. zasądza od pozwanego na rzecz powoda kwotę 900 złotych tytułem kosztów instancji odwoławczej.

Sygn. akt I Ca 264/17

UZASADNIENIE

Powód J. Ż. wniósł o zasądzenie od pozwanego (...) Zakładu (...) na (...) S.A. z siedzibą w W. na jego rzecz kwoty 10.000 zł z ustawowymi odsetkami za opóźnienie od dnia 17 maja 2016 r. do dnia zapłaty, a ponadto o zasądzenie od pozwanego na jego rzecz kosztów procesu, w tym kosztów zastępstwa procesowego.

Pozwany (...) Zakład (...) na (...) S.A. z siedzibą w W. wniósł o oddalenie powództwa, twierdząc, że roszczenie powoda jest niezasadne. Wnosił o zasądzenie kosztów procesu, w tym kosztów zastępstwa procesowego.

Sąd Rejonowy w Łomży wyrokiem z 28 kwietnia 2017 r. sygn. akt I C 196/17 I zasądził od pozwanego (...) Zakładu (...) na (...) S.A. z/s w W. na rzecz powoda J. Ż. kwotę 10.000 zł z ustawowymi odsetkami za opóźnienie od dnia 17 maja 2016 r. do dnia zapłaty oraz zasądza od pozwanego na rzecz powoda kwotę 2134 zł tytułem zwrotu kosztów procesu.

Powyższe rozstrzygnięcie Sąd Rejonowy oparł na następujących ustaleniach faktycznych i rozważaniach prawnych:

W dniu 25 marca 2015 r. została zawarta w trybie ustawy – Prawo zamówień publicznych umowa nr (...) pomiędzy Agencją Restrukturyzacji i Modernizacji Rolnictwa z siedzibą w W. – (...) Oddziałem (...) w Ł. a (...) Zakładem (...) na (...) S.A. z siedzibą w W. umowa w zakresie dobrowolnego grupowego ubezpieczenia na życie.

W dniu 1 września 2015 r. powód J. Ż. jako pracownik (...) Oddziału (...) Agencji Restrukturyzacji i Modernizacji Rolnictwa w Ł. został objęty dobrowolnym grupowym ubezpieczeniem na życie w (...) Zakładzie (...) na (...) S.A. z siedzibą w W. w okresie od 1 września 2015 r. do 31 sierpnia 2016 r. (k. 9 – 10). Umowa zawierała załączniki w postaci: szczegółowego opisu przedmiotu umowy – załącznik nr 1 (k. 10v. – 13), formularz ofertowy – załącznik nr 2 do Specyfikacji (k. 14 – 15). Załącznik nr 1 do umowy (szczegółowy opis przedmiotu umowy) zawierał zapis, co jest przedmiotem zamówienia, warunki ubezpieczenia, zakres ubezpieczenia, wyszczególnienie klauzul dodatkowych fakultatywnych oraz definicje zdarzeń. Załącznik nr 2 do umowy (formularz ofertowy) zawierał cenę składki miesięcznej za jednego ubezpieczonego (część A), wysokość świadczeń objętego zakresem ochrony ubezpieczeniowej (część B) i klauzule dodatkowe (część C). Zakres ochrony ubezpieczeniowej obejmował m. in. poważne zachorowanie (ciężkie choroby) ubezpieczonego między innymi takie jak chirurgiczne leczenie naczyń wieńcowych – bypass. Z tego tytułu przewidziane było świadczenie w wysokości 11.000 zł (k. 14v.). Z wynagrodzenia powoda była potrącana miesięczna składka na ubezpieczenie w kwocie 46,60 zł (k. 9v.).

Powód J. Ż. w okresie od 22 do 28 lipca 2015 r. był hospitalizowany w Szpitalu Wojewódzkim im. (...) W. w Ł.. W karcie informacyjnej z 28 lipca 2015 r. jako rozpoznanie wpisano samoistne (pierwotne) nadciśnienie, obserwacja w kierunku podejrzewanych innych chorób sercowo – naczyniowych (k. 22- 24).

W dniu 31 sierpnia 2015 r. powód J. Ż. został hospitalizowany w Szpitalu Wojewódzkim im. (...) W. w Ł., gdzie przebywał do 7 września 2015 r. W karcie informacyjnej z 7 września 2015 r. jako rozpoznanie wpisano: niestabilna dławica piersiowa, nadciśnienie, cukrzyca.

Powód J. Ż. w okresie od 24 lutego 2016 r. do 1 marca 2016 r. przebywał w Klinice (...) w B., gdzie został poddany chirurgicznemu zabiegowi pomostowania tętnic wieńcowych (by-pass) – dowód: karta informacyjna k. 17, akta szkodowe.

W dniu 11 kwietnia 2016 r. powód J. Ż. zgłosił pozwanemu zaistnienie zdarzenia medycznego w postaci ciężkiej choroby. Jako przyczynę zdarzenia uzasadniającego wypłatę świadczenia przez pozwanego wskazał zabiegi chirurgiczne na naczyniach wieńcowych (akta szkodowe – k. 60).

Decyzją z dnia 26 kwietnia 2016 r. (...) Zakład (...) na (...) S.A. z siedzibą w W. odmówił powodowi przyznania świadczenia. Jako podstawę swej decyzji pozwany wskazał § 19 ogólnych warunków dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek ciężkiej choroby, statuujący że odpowiedzialność (...) SA nie obejmuje ciężkich chorób, które wystąpiły lub z powodu których rozpoczęto postępowanie diagnostyczno – lecznicze u ubezpieczonego przed początkiem odpowiedzialności (...) SA w stosunku do ubezpieczonego (k. 25, akta szkodowe k. 60).

Sąd Rejonowy uznał, że zasługiwało na uwzględnienie.

Sąd Rejonowy wskazał, że spór w sprawie sprowadzał się do tego, czy zaistniałe zdarzenie medyczne w postaci wykonania u powoda chirurgicznego zabiegu medycznego w postaci pomostowania tętnic wieńcowych (by-pass), podczas jego pobytu w (...) Szpitalu (...) w B. w okresie od 24 lutego do 1 marca 2016 r. skutkuje koniecznością wypłaty z tego tytułu określonego świadczenia wynikającego z umowy.

W pierwszej kolejności, zdaniem Sądu Rejonowego, należało rozstrzygnąć czy w niniejszej sprawie mają pierwszeństwo zapisy umowy (specyfikacji stanowiącej załącznik do umowy) czy też zapisy ogólnych warunków dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek ciężkiej choroby. Zdaniem Sądu R. niniejszej sprawie mają zastosowanie przepisy umowy i specyfikacji będącej załącznikiem do umowy. Zgodnie z zapisem III.13 i VI.17 załącznika nr 1 do umowy (11v. i 13) wszelkie postanowienia specyfikacji i umowy w sprawie zamówienia publicznego korzystniejsze od postanowień przywoływanych przez OWU, wyłączają zapisy OWU, a w przypadku

rozbieżności pomiędzy zapisami OWU a specyfikacją lub umową, pierwszeństwo mają zapisy korzystniejsze dla ubezpieczonego, a w sprawach nieuregulowanych w specyfikacji i umowie zastosowanie mają postanowienia OWU wykonawcy (pozwanego). Przede wszystkim zapisy umowy i specyfikacji jako tzw. *lex specialis* są korzystniejsze dla ubezpieczonego. Jedynie w sprawach nieuregulowanych w specyfikacji i w umowie mogą mieć zastosowanie postanowienia OWU. W realiach niniejszej sprawy Sąd rejonowy zauważył, że sprawa będąca przedmiotem niniejszego procesu została uregulowana w zapisach specyfikacji, a zatem nie mogą tu mieć zastosowania zapisy OWU, a w szczególności § 19 OWU, na który w toku procesu powoływała się strona pozwana.

Z umowy wynikało, że świadczenie z tytułu poważnego zachorowania, jakim jest m.in. chirurgiczne leczenie naczyń wieńcowych (by-pass) jest należne, a wypłata następuje jeden raz za pierwszy przypadek zachorowania na daną ciężką chorobę w 100 % sumy ubezpieczenia za to świadczenie. Ponadto z umowy (załącznika nr 1) wprost wynikało, że z odpowiedzialności pozwanego są wyłączone jedynie ciężkie choroby zdiagnozowane przed przystąpieniem do ubezpieczenia (k. 12v.). Jest to w oczywisty sposób inne rozstrzygnięcie aniżeli zapis § 19 OWU, który stanowi, że odpowiedzialność ubezpieczyciela nie obejmuje ciężkich chorób które wystąpiły lub z powodu których rozpoczęto postępowanie diagnostyczno – lecznicze u ubezpieczonego przed początkiem odpowiedzialności ubezpieczyciela w stosunku do ubezpieczonego. W tej sytuacji wobec rozbieżności pomiędzy zapisami OWU a umową (specyfikacją) pierwszeństwo mają zapisy korzystniejsze dla ubezpieczonego, którymi są zapisy umowy wraz załącznikiem (specyfikacją). Analiza zapisu § 19 OWU wskazuje jednoznacznie na to, że zawarty jest tam szerszy katalog wyłączeń odpowiedzialności ubezpieczyciela aniżeli to wynika z umowy wraz załącznikami.

Zasadnicze znaczenie było rozstrzygnięcie, kiedy ww. jednostka chorobowa (poważne zachorowanie – chirurgiczne leczenie naczyń wieńcowych) zostało zdiagnozowane. Analizując dołączoną do sprawy dokumentację medyczną oraz akta szkodowe Sąd doszedł do przekonania, że choroba ta została u powoda zdiagnozowana we wrześniu 2015 r., a zatem w okresie objętym ubezpieczeniem. Wynika to z zapisu karty informacyjnej z dnia 7 września 2015 r. (k. 19). Brak było w niniejszej sprawie dowodów na to, by ta poważna choroba została zdiagnozowana u powoda we wcześniejszym okresie. Powód we wcześniejszym okresie tj. od 22 do 28 lipca 2015 r. był hospitalizowany, jednakże w tym okresie nie została postawiona w stosunku do niego żadna diagnoza, przeprowadzona była jedynie obserwacja w kierunku podejrzewanych innych chorób sercowo – naczyniowych. W okresie tym prowadzone było zatem jedynie leczenie diagnostyczno – lecznicze (k. 22 – 24).

Wobec wystąpienia wynikających z umowy przesłanek odpowiedzialności pozwanego oraz nastąpienia zdarzenia (poważne zachorowanie) przewidzianego w umowie ubezpieczenia osobowego, należało zasądzić od pozwanego na rzecz powoda dochodzoną przez niego kwotę, tj. kwotę 10.000 zł.

O odsetkach Sąd Rejonowy orzekł zgodnie z żądaniem pozwu na podstawie art. 481 § 1 kc. Powód wezwał pozwanego do spełnienia świadczenia w dniu 11 kwietnia 2016 r., a początek biegu odsetek należało liczyć po upływie 35 dni od daty zgłoszenia roszczenia.

O kosztach Sąd Rejonowy orzekł na podstawie art. 98 kpc zgodnie z zasadą odpowiedzialności za wynik procesu.

Apelację od powyższego orzeczenia wniósł pozwany (...) S.A. w W.. Wyrok zaskarżył w całości zarzucając mu:

1. naruszenie prawa materialnego, tj. błędną wykładnię art. 805 k.c. prowadzącą do nieuzasadnionego niezastosowania § 19 ogólnych warunków dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek ciężkiej choroby zatwierdzonych uchwałą Nr (...)z dnia 23 czerwca 2010 r. zarządu (...) SA, ze zmianami zatwierdzonymi Uchwałą Nr (...)z dnia 24 stycznia 2011 r. Zarządu (...) SA oraz uchwałą Nr (...) Zarządu (...) SA z dnia 5 sierpnia 2013 r. (zwane dalej: OWU CC), poprzez błędne uznanie iż określone w powołanym przepisie wyłącznie odpowiedzialności pozwanego jest mniej korzystne dla powoda od zapisu zawartego pkt VI.10 (Definicje zdarzeń) załącznika nr 1 do umowy ubezpieczenia;

2. naruszenie prawa procesowego, tj. niezastosowanie art. 227 k.p.c. w zw. z art. 278 § 1 k.p.c. oraz w zw. z art. 232 k.p.c. w sytuacji gdy przeprowadzenia dowodu z opinii biegłego sądowego z zakresu kardiologii na okoliczność ustalenia,

czy zabieg by-pass wykonany u powoda w dniu 25.02.2016 r. jest następstwem choroby zdiagnozowanej u powoda przed datą 01.09.2015 r., miał zasadnicze znaczenie dla rozstrzygnięcia w niniejszej sprawie.

Wskazując na powyższe skarżący wniósł o:

1. zmianę zaskarżonego wyroku poprzez oddalenie powództwa w całości,
2. zasądzenie do powoda na rzecz pozwanego kosztów procesu, w tym kosztów zastępstwa procesowego za obie instancje według norm przepisanych,
3. dopuszczenie dowodu z opinii biegłego sądowego z zakresu kardiologii na okoliczność ustalenia (w oparciu o akta sprawy), czy zabieg by-pass wykonany u powoda w dniu 25.02.2016 r. jest następstwem choroby zdiagnozowanej u powoda przed datą 01.09.2015 r.

Pełnomocnik powoda wniósł o oddalenie apelacji oraz o zasądzenie od pozwanego na rzecz powoda kosztów procesu, w tym kosztów zastępstwa procesowego wg. norm przepisanych.

Sąd Okręgowy zważył, co następuje:

Apelacja jest bezzasadna.

Zgodnie z treścią art. 505¹³ § 2 k.p.c., w postępowaniu uproszczonym, jeżeli sąd drugiej instancji nie przeprowadził postępowania dowodowego, uzasadnienie wyroku powinno zawierać jedynie wyjaśnienie podstawy prawnej wyroku z przytoczeniem przepisów prawa.

Apelacji nie uzasadniały zarzuty dotyczące naruszenia wskazanych w niej przepisów prawa materialnego. Sąd Okręgowy wskazuje, że stosownie do przepisu art. 805 k.c. przez umowę ubezpieczenia ubezpieczyciel zobowiązuje się, w zakresie działalności swego przedsiębiorstwa, spełnić określone świadczenia w razie zajścia przewidzianego w umowie wypadku, a ubezpieczający zobowiązuje się zapłacić składkę. W myśl § 2 pkt 2 ww. przepisu świadczenie ubezpieczyciela polega w szczególności na zapłacie przy ubezpieczeniu osobowym – umówionej sumy pieniężnej, renty lub innego świadczenia w razie zajścia przewidzianego w umowie wypadku w życiu osoby ubezpieczonej.

W sprawie sporna jest treść stosunku łączącego strony co do zakresu wyłączenia odpowiedzialności ubezpieczeniowej pozwanego Zakładu. Sąd Okręgowy nie podzielił zarzutu strony pozwanej, który nakierowany był na wykazanie, że odmowa wypłaty świadczenia przez Zakład uzasadniona jest zaistniałym wyłączeniem, zawartym w § 19 Ogólnych Warunków Ubezpieczenia, w myśl którego odpowiedzialność (...) SA nie obejmuje ciężkich chorób, które wystąpiły lub z powodu których rozpoczęto postępowanie diagnostyczno-lecznicze u ubezpieczonego przed początkiem odpowiedzialności (...) SA w stosunku do ubezpieczonego. Umowa ubezpieczenia może regulować prawa i obowiązki stron w sposób odbiegający do ogólnych warunków ubezpieczenia o ile na narusza bezwzględnie obowiązujących przepisów prawa. Sąd Rejonowy trafnie ustalił, że taka właśnie umowa została między stronami zawarta. Stanowisko Sądu Rejonowego zostało oparte na szczegółowej analizie zgromadzonych w sprawie dokumentów w postaci umowy zawartej 25.03.2015 r. pomiędzy zakładem pracy powoda o pozwanym Zakładem, jej załączników oraz ogólnych warunków dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek ciężkiej choroby. Zgodnie z umową szczegółowy przedmiot umowy określa załącznik nr 1, który w sposób nie budzący wątpliwości wskazuje po pierwsze: zakres ochrony ubezpieczeniowej – zgodnie z tabelą świadczeń oraz po drugie zakres wyłączenia odpowiedzialności ubezpieczeniowej pozwanego. Sąd Rejonowy prawidłowo ustalił, że zakres wyłączenia odpowiedzialności ubezpieczeniowej pozwanego w załączniku nr 1 do umowy został określony odmiennie niż w ogólnych warunkach ubezpieczenia. Analiza pkt VI ppkt 10 załącznika oraz § 19 ogólnych warunków ubezpieczenia prowadzi do wniosku, że katalog wyłączeń wskazany w załączniku w odróżnieniu od § 19 nie obejmuje ciężkich chorób, z powodu których rozpoczęto postępowanie diagnostyczno-lecznicze u ubezpieczonego przed początkiem odpowiedzialności ubezpieczyciela w stosunku do ubezpieczonego. W pkt VI ppkt 17 załącznika nr 1 rozwiązana została natomiast kwestia, które postanowienia dot. wyłączenia odpowiedzialności ubezpieczyciela są obowiązujące. Treść

ww. postanowienia jest sformułowana w sposób jasny i konkretny, nie pozostawiający możliwości interpretacyjnych. W świetle powyższego należało podzielić stanowisko Sądu I instancji, zgodnie z którym zapisy umowy i specyfikacji (załącznika nr 1) określające zakres wyłączenia odpowiedzialności, jako korzystniejsze dla ubezpieczonego wyłączają w tym przedmiocie zapisy ogólnych warunków ubezpieczenia.

Za rozstrzygnięciem Sądu I instancji przemawiają ponadto okoliczności poprzedzające zawarcie umowy. Zawarcie umowy ubezpieczenia grupowego przez pracodawcę powoda z pozwanym Zakładem nastąpiło w trybie przetargu nieograniczonego. Pozwany składając ofertę z 09.03.2015 r. na świadczenie usług dobrowolnego ubezpieczenia grupowego, w pkt 1 (k. 15) oświadczył, że usługę stanowiącą przedmiot zamówienia wykona na warunkach i w terminach określonych w Specyfikacji oraz wzorze umowy. Pozwany nie wykazał, aby przedstawiona oferta zawierała odmienne warunki ubezpieczenia od tych, które zostały określone w umowie i w stanowiących jej integralną część załącznikach.

Podkreślenia również wymaga, że istotna w analizowanej sprawie, co pominął Sąd I instancji, jest treść przepisu art. 812 § 8 zd. 1 i 2 k.c., stosownie do którego różnicę między treścią umowy a ogólnymi warunkami ubezpieczenia ubezpieczyciel zobowiązany jest przedstawić ubezpieczającemu w formie pisemnej przed zawarciem umowy, w razie zaś niedopełnienia tego obowiązku ubezpieczyciel nie może powoływać się na różnicę niekorzystną dla ubezpieczającego. Strona pozwana nie przeprowadziła w niniejszym procesie dowodu na okoliczność, że zawierając z pracodawcą powoda umowę przedstawiła mu na piśmie rozbieżności, jakie wynikały z załącznika nr 1 do umowy i z ogólnych warunków ubezpieczenia w zakresie katalogu wyłączeń jego odpowiedzialności ubezpieczeniowej. Zresztą, pozwany nawet na taki argument się nie powoływał. Powyższe również skutkuje tym, że wyłączenie ochrony za zdarzenie zaistnienia ciężkiej choroby w sytuacji, gdy z jej powodu rozpoczęto postępowanie diagnostyczno-lecznicze u ubezpieczonego przed początkiem odpowiedzialności pozwanego w stosunku do ubezpieczonego, nie mogło być w stosunku do powoda skuteczne.

W świetle powyższego odpowiedzialność ubezpieczyciela w stosunku do powoda mogła być wyłączona w przypadku ustalenia, że zabieg by-pass wykonany 25.02.2016 r. jest następstwem choroby zdiagnozowanej przed początkiem odpowiedzialności pozwanego w stosunku do ubezpieczonego, tj. przed 01.09.2015 r. Wbrew twierdzeniom skarżącego ustalenie tych okoliczności nie wymagało przeprowadzenia dowodu z opinii biegłego. Zgromadzona w sprawie dokumentacja medyczna w postaci kart informacyjnych leczenia szpitalnego zawierała zapisy, których zrozumienie w istotnej dla rozstrzygnięcia części, nie wymagało posiadania wiadomości specjalnych. Karty informacyjne zawierały zapisy dotyczące rozpoznania u powoda jednostek chorobowych na skutek przeprowadzonej podczas pobytu w szpitalu diagnostyki. Z karty informacyjnej z 28.07.2015 r. wynika, że postawiona diagnoza brzmiała – obserwacja w kierunku podejrzewanych innych chorób sercowo-naczyniowych – Z03.5. Kolejna karta informacyjna została wystawiona 07.09.2015 r. z pobytu powoda w szpitalu, do którego został przyjęty 31.08.2015 r. W świetle powyższego nie można stwierdzić, że choroba serca skutkująca zabiegiem by-pass została zdiagnozowana przed 01.09.2015 r. Karty informacyjne wystawione przed tą datą nie zawierają takiej diagnozy, a jedynie wskazują na prowadzone wobec powoda postępowanie diagnostyczno-lecznicze. Dlatego zarzut naruszenia art. 227 k.p.c. w zw. z art. 278 § 1 k.p.c. oraz w zw. z art. 232 k.p.c. jest bezpodstawny.

Mając powyższe na uwadze, Sąd Okręgowy nie znalazł podstaw do uwzględnienia apelacji i z mocy art. 385 k.p.c. oddalił ją, o czym orzeczono w punkcie I wyroku.

O kosztach postępowania apelacyjnego Sąd orzekł zgodnie z zasadą odpowiedzialności za wynik postępowania - art. 98 § 1 i 3 k.p.c., mając na uwadze, że powód był reprezentowany w tym postępowaniu przez zawodowego pełnomocnika i złożył on stosowny wniosek. Sąd ustalił koszty zastępstwa w oparciu o przepis § 2 pkt 4 w zw. z § 10 ust. 1 pkt 1 rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 22 października (...). w sprawie opłat za czynności radców prawnych (Dz.U. z 2015 r., poz. 1804 ze zm.).