

Wyrok
w imieniu Rzeczypospolitej Polskiej

Dnia, 04 czerwca 2013r.

Sąd Rejonowy w Oleśnicy w I Wydziale Cywilnym w składzie:

Przewodniczący **SSR Ewa Przychodzka**

Protokolant Beata Wolny

po rozpoznaniu w dniu 28 maja 2013r. w Oleśnicy

sprawy z powództwa **M. S.**

przeciwko (...) **Towarzystwu (...) S.A. w likwidacji z/s w W.**

o zapłatę

I. zasądza od strony pozwanej (...) Towarzystwa (...) S.A. w likwidacji z/s w W. na rzecz powoda M. S. kwotę 750,00zł (siedemset pięćdziesiąt złotych) wraz

z ustawowymi odsetkami liczonymi od dnia 20.07.2010r. do dnia zapłaty;

II. dalej idące powództwo oddala;

III. odstępuje od obciążenia powoda wydatkami w sprawie;

IV. znosi koszty postępowania między stronami;

V. przyznaje od Skarbu Państwa (Sąd Rejonowy w Oleśnicy) adw. P. H. kwotę 1.476,00 zł tytułem kosztów nieopłaconej pomocy prawnej udzielonej z urzędu.

Z. /

1. odnotować;

2. kal. 21 dni.

04.06.2013r.

Sygn. Akt I C 368/12

UZASADNIENIE

Powód M. S. wniósł o zasądzenie od strony pozwanej (...) Towarzystwa (...) S.A. w likwidacji z siedzibą w W. na jego rzecz kwoty 7.750,00 zł wraz z odsetkami ustawowymi, przy czym odsetki od kwoty 5.000,00 zł – liczone od dnia 02.06.2010 r. do dnia zapłaty, a odsetki od kwoty 2.750,00 zł – liczone od dnia 20.07.2010 r. do dnia zapłaty.

Uzasadniając powyższe żądanie powód podnosił, że przystąpił do umowy grupowego (...)zawartej z (...)Towarzystwo (...) S.A.– polisa nr (...). Ochrona ubezpieczeniowa obejmowała okres 01.03.2010 r. – 30.06.2010 r. W dniach 04.05.2010 r. – 18.05.2010 r. był hospitalizowany na Oddziale Chirurgii Naczyniowej Wojewódzkiego Szpitala (...)– Rozwojowego we W.przy ul. (...)z rozpoznaniem: krytycznego niedokrwienia lewej kończyny dolnej, stanu po amputacji prawego uda, cukrzycy typu II-go, zwężenia tętnicy szyjnej wewnętrznej prawej, następnie został zakwalifikowany do leczenia operacyjnego. W dniu 10.05.2010 r. został poddany zabiegowi wszczepienia by-passów aortalno – udowego po stronie lewej

i w dniu 18.05.2010 r. wypisano go do domu w stanie ogólnym dobrym.

W związku z powyższym powód wystąpił do (...)Towarzystwo (...) S.A.z siedzibą w W.z roszczeniem wypłat z tytułu: poważnego zachorowania ubezpieczonego (5.000,00 zł), pobytu ubezpieczonego w szpitalu (750,00 zł tj. 15 dni x 50,00 zł za każdy dzień pobytu w szpitalu), operacji chirurgicznej ubezpieczonego (2.000,00 zł). (...)Towarzystwo (...) S.A.w likwidacji z siedzibą w W.odmówiło wypłaty świadczeń powołując się na zapisy ogólnych warunków ubezpieczenia. Zdaniem ubezpieczyciela lekarz nie stwierdził u powoda poważnego zachorowania, a pobyt w szpitalu i przebyta operacja wynikały za schorzeń, które były zdiagnozowane przed przystąpieniem do ubezpieczenia co wyłącza odpowiedzialność ubezpieczyciela. Powód nie zgadza się ze stanowiskiem ubezpieczyciela twierdząc, że zaszły wszystkie przesłanki do wypłaty świadczeń dochodzonych przez powoda.

Strona Pozwana, (...) Towarzystwo (...) S.A. w likwidacji z siedzibą w W., wniosła o oddalenie powództwa w całości.

Strona pozwana uzasadniła swoje stanowisko tym, że powód nie był uprawniony do objęcia go ochroną ubezpieczeniową wynikającą z umowy zawartej między pozwaną a (...) Sp. z o.o. w O., ponieważ Grupowe (...) obejmujące ubezpieczającą (...) Sp. z o.o. w O., potwierdzone polisą nr (...). (...), skierowane było do pracowników, ich współmałżonków i pełnoletnich dzieci pracowników (...) Sp. z o.o. w O.. Powód nie był jedną z tych osób, w związku z czym

nie mógł być objęty ochroną ubezpieczeniową w ramach grupowego ubezpieczenia, a tym samym brak jest podstaw do wypłaty jakiegokolwiek świadczenia z tego tytułu, co powinno skutkować oddaleniem powództwa.

Z ostrożności procesowej strona pozwana zaprzeczyła, aby przedstawione przez powoda okoliczności stanowiły podstawę do wypłaty jakiegokolwiek świadczenia z tytułu umowy ubezpieczenia, a powództwo w tym zakresie należy uznać na niedozwolone.

W toku postępowania dowodowego ustalono n a s t ę p u j ą c y s t a n f a k t y c z n y :

M. S. nie jest i nie był zatrudniony w (...) Sp. z o.o.

w O.. W firmie tej pracuje zięć powoda T. K. (1), który zgłosił powoda do ubezpieczenia jako członka rodziny.

(...) Sp. z o.o. w O. zawiera umowy ubezpieczenia grupowego

na życie dotyczące jej pracowników i członków ich rodzin z różnymi towarzystwami ubezpieczeniowymi. W okresie od dnia 01.03.2008 r. do dnia 28.02.2010 r. powód objęty był ubezpieczeniem grupowym na życie w firmie (...) S.A., w okresie 01.03.2010 r. do dnia 30.06.2010 r.

w (...) S.A. z/s w W.. M. S., tak jak i inni pracownicy Spółki (...) i członkowie ich rodzin, nie przedstawiał i nie wypełniał żadnej dokumentacji medycznej. Wysokość składki ustalona została na kwotę 38,00 zł miesięcznie i taka składka przyjmowana był również od powoda. Wśród ryzyk ubezpieczeniowych znalazły się m. in. pobyt w szpitalu (50,00 zł/dzień), poważne zachorowanie ubezpieczonego (5.000,00 zł), operacja chirurgiczna ubezpieczonego (2.000,00 zł).

/dowód:

polisa nr (...) – k. 41- 42;

certyfi kat do polisy nr (...) – k. 18, 92,

deklaracja przystąpienia Ubez -pieczonego z dn. 01.03.2010 r. – k.45 - 46;

Ogólne Warunki Grupowego (...) – k. 131 – 136 i k. 138 – 149;

potwierdzenia okresów ubez -pieczenia powoda – k. 19, k. 84;

zeznania świadków:

M. Z. – k.127 – 128, K. B. – k. 128 - 129;

M. S. w dniu 04.05.2010 r. został przyjęty na Oddział (...) Naczyniowej Wojewódzkiego Szpitala (...) we W. przy ul. (...) z krytycznym niedokrwieniem lewej kończyny dolnej. W dniu 10.05.2010 r. powód został poddany zabiegowi wszczepienia by-passów aortalno – udowego po stronie lewej i w dniu 18.05.2010 r. wypisano go do domu w stanie ogólnym dobrym.

/dowód:

karta informacyjna Wojewódzkiego Szpitala (...) we W. z dnia 18.05.2010 r. - k. 16 – 17, 95 - 97;

Powód zgłosił w dniu 31.05.2010 r. stronie pozwanej swój pobyt w szpitalu i poważne zachorowanie, a następnie roszczenie z tytułu: poważnego zachorowania ubezpieczonego (5.000,00 zł), pobytu ubezpieczonego w szpitalu (750,00 zł tj. 15 dni x 50,00 zł za każdy dzień pobytu w szpitalu), operacji chirurgicznej ubezpieczonego (2.000,00 zł). Strona pozwana decyzją z dnia 02.06.2010 r. odmówiła wypłaty świadczenia z tytułu poważnego zachorowania powołując się na zapisy ogólnych warunków ubezpieczenia. (...) S.A. z/s w W. ubezpieczyciela lekarz nie stwierdził u powoda poważnego zachorowania. Kolejnymi decyzjami z dnia z dnia 20.07.2010 r. strona pozwana odmówiła też wypłaty z tytułu operacji chirurgicznej i pobytu w szpitalu, bowiem jej zdaniem choroby, z powodu których przeprowadzona została operacja były zdiagnozowane przed przystąpieniem do ubezpieczenia co wyłącza odpowiedzialność ubezpieczyciela.

Strona pozwana, w związku z odwołaniem powoda z dnia 25.08.2010 r., decyzjami z dnia 14.09.2010 r. podtrzymała swoje wcześniejsze stanowisko odmawiające wypłaty świadczeń.

/dowód:

decyzje strony pozwanej z dnia 02.06.2010 r. – k. 21, 64, z dnia 20.07.2010 r. – k. 22, 23, 78. 80, z dnia 14.09.2010 r. – k. 24 i 25, 75;

odwołanie powoda z dnia 25.08.2010 r. – k. 77;

W sprawie została opracowana opinia przez biegłego sądowego z zakresu chirurgii T. K. (2). Biegły w swojej opinii z dnia 28.01.2013 r. stwierdził, że schorzenie powoda nie stanowi zachorowania w myśl § 2 ust. 22 ust. 3 OWU. Powód hospitalizowany w okresie od dnia 04.05.2010 r. do dnia 18.05.2010 r., przeszedł operację z powodu krytycznego niedokrwienia kończyny dolnej lewej, miał wykonane zespolenie omijające, by-pass aortalno-udowy lewostronny i udrożnienie tętnicy głębokiej uda. Przeprowadzony u powoda zabieg operacyjny dotyczył zatem poprawienia ukrwienia kończyny dolnej lewej i nie był na pewno zabiegiem kardiochirurgicznym zaliczanym do zabiegów poważnych o których mowa w § 2 ust. 22 ust. 3 OWU.

/dowód:

opinia biegłego T. K. z dnia 28.01.2013 r. – k. 158;

Sąd zważył:

Bezspornym było, iż strona pozwana zawarła z (...) Sp. z o.o. w O. jako zakładem pracy ubezpieczającym swoich pracowników umowę Grupowego (...), a powód przystąpił do tej umowy z dniem 01.03.2010 r. Poza sporem było, iż powód nie był i nie jest pracownikiem (...) Sp. z o.o. w O.. Nie jest też współmałżonkiem pracownika w/w firmy ani dorosłym dzieckiem takiego pracownika. Mimo to przyjęto jego deklarację przystąpienia, nie wzywano powoda do złożenia

jakichkolwiek dodatkowych wyjaśnień, choć nie wszystkie rubryki były wypełnione. Przyjmowano bez zastrzeżeń comiesięczne składki.

Zgodnie z treścią art. 805 kc oraz postanowień zawartych w odpowiednich ogólnych warunkach grupowego (...), przez umowę ubezpieczenia zakład ubezpieczeń zobowiązał się spełnić określone świadczenia polegające na zapłacie umówionej sumy pieniężnej, w razie zajścia przewidzianego w umowie wypadku w życiu osoby ubezpieczonej, a ubezpieczający zobowiązał się przekazywać składki płacone przez pracowników i członków ich rodzin. Ubezpieczenie grupowe na życie charakteryzuje się szerokim zakresem ubezpieczenia, polisa obejmuje zazwyczaj takie zdarzenia jak nieszczęśliwe wypadki, poważne zachorowania, pobyt w szpitalu, itp. Nie jest to ubezpieczenie zindywidualizowane, dostosowane do potrzeb poszczególnych osób. Charakteryzuje się też niską składką ubezpieczenia oraz minimalną ilością formalności, bowiem wystarczy wypełnić tylko deklarację przystąpienia do ubezpieczenia, a badania medyczne z reguły nie są wymagane.

Strona pozwana wskazywała, iż powód nie należał do grona osób, do których ten produkt ubezpieczeniowy był kierowany. Weryfikacja danych nastąpiła jednak nie w związku z roszczeniami zgłaszanymi przez powoda, ale w wyniku wewnętrznej kontroli, która potwierdziła jeszcze 37 innych osób zgłoszonych przez spółkę (...) do ubezpieczenia grupowego nie będących pracownikami, małżonkami pracowników lub pełnoletnimi dziećmi pracowników. Potwierdziły to zgodne, spójne, logiczne i wzajemnie się uzupełniające zeznania świadków M. Z. (2) i K. B. (2). Jednakże to strona pozwana jest profesjonalistą, od którego należy wymagać minimum staranności przy zawieraniu tego typu umów. Przyjęcie deklaracji przystąpienia i pobieranie składek spowodowało per facta concludentia nawiązanie przedmiotowej umowy ubezpieczenia z powodem i odpowiedzialność ubezpieczeniową po stronie pozwanej.

Powód kontynuując ubezpieczenie, spełniał warunki do uzyskania świadczenia z tytułu pobytu w szpitalu, w którym przebywał w okresie od 04.05.2010 r. do 18.05.2010 r. Zgodnie z ustaleniami § 8 ust. 4 pkt. 3 ppkt. a) Ogólnych Warunków Grupowego (...) Na (...), „strona pozwana jako Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności z tytułu ryzyka pobytu w szpitalu, gdy pobyt w szpitalu związany jest z leczeniem choroby, na którą ubezpieczony zachorował, a która została zdiagnozowana przed przystąpieniem do ubezpieczenia, chyba że ubezpieczony był objęty ochroną ubezpieczeniową w takim zakresie z tytułu umowy grupowego ubezpieczenia na życie zawartej z innym niż (...) na Życie ubezpieczycielem, z której wystąpił, przystępując do umowy ubezpieczenia z (...) na Życie i poprzednia umowa ubezpieczenia obowiązywała bezpośrednio przed zawarciem umowy ubezpieczenia z (...) na Życie”. Wcześniej bowiem łączyła go do dnia 28.02.2010 r. umowa ubezpieczenia grupowego zawarta przez (...) Sp. z o.o. w O. z (...) S.A. Przy 15 dniach pobytu w szpitalu, należne świadczenie przy stawce 50,00 zł /dzień, wyniosło w sumie 750,00 zł. Żądanie ustawowych odsetek uzasadnione było treścią art. 481 § 1 kc, przy przyjęciu za powodem jako terminu wymagalności daty odmowy wypłaty tego świadczenia przez stronę pozwaną.

Brak natomiast było podstaw do uwzględnienia roszczenia powoda o wypłatę świadczeń z tytułu poważnego zachorowania ubezpieczonego oraz operacji chirurgicznej ubezpieczonego. Zgodnie z ustaleniami § 2 ust. 22 pkt. 3 Ogólnych Warunków Grupowego (...) Na (...) „poważne zachorowanie to zdiagnozowane po raz pierwszy w okresie odpowiedzialności (...) na Życie chirurgiczne leczenie choroby naczyń wieńcowych – by-pass, czyli przeprowadzenie u chorego z objawami niewydolności naczyń wieńcowych zabiegu kardiochirurgicznego w celu

korekty zwężenia lub zamknięcia co najmniej dwóch tętnic wieńcowych poprzez wytworzenie przepływów omijających (by-pass) z użyciem przeszczepów naczyniowych”. Wątpliwości co do charakteru poważnego zachorowania powoda były przedmiotem oceny przez biegłego sądowego z zakresu chirurgii T. K. (2). Opinia potwierdziła zarzuty strony pozwanej, iż przeprowadzony u powoda zabieg operacyjny dotyczył zatem poprawienia ukrwienia kończyny dolnej lewej i nie był na pewno zabiegiem kardiochirurgicznym zaliczanym do zabiegów poważnych o których mowa w § 2 ust. 22 ust. 3 OWU.

Z kolei operacja chirurgiczna w rozumieniu § 2 ust. 17 Ogólnych Warunków Grupowego (...) Na (...) to „zabieg chirurgiczny spowodowany obrażeniami ciała lub chorobą ubezpieczonego, które wystąpiły w okresie odpowiedzialności (...) na Życie, wymieniony w tabeli Operacji Medycznych, wykonany w okresie odpowiedzialności (...) na Życie (...) niezbędny z medycznego punktu widzenia

w celu wyleczenia lub zmniejszenia objawów choroby lub urazu”. Poza sporem było, że schorzenia powoda nie ujawniły się w okresie trwania

przedmiotowego ubezpieczenia, skoro powód m.in. według orzeczenia orzecznika ZUS jest całkowicie niezdolny do pracy od dnia 23.08.2009 r.

Ogólne Warunki Grupowego (...) Na (...) przy swoim kazuistycznym charakterze wykluczają wiele zdarzeń i uwalniają od odpowiedzialności stronę pozwaną jako ubezpieczyciela. Tak było i w nin. sprawie.

Wobec powyższego należało orzec jak w sentencji.

Orzeczenie o kosztach oparto na treści art. 100 kpc i art. 113 ust.1 ustawy z dnia 28.07.2005 r. o kosztach sądowych w sprawach cywilnych (Dz. U. Nr 167, poz. 1398 ze zm.) mając na względzie specyficzny charakter sprawy.

W przypadku kosztów zastępstwa pełnomocnika powoda z urzędu zostały one ustalone w oparciu o § 6 pkt. 4 Rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 28.09.2002 r. w sprawie opłat za czynności adwokackie oraz ponoszenia przez Skarb Państwa kosztów nieopłaconej pomocy prawnej udzielonej z urzędu (t.j. Dz. U. z 2013 r. poz. 461).