Sygn. akt: I C 1194/18

WYROK
W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 30 stycznia 2019 r.

Sąd Rejonowy w Giżycku I Wydział Cywilny

w składzie następującym:

Przewodniczący:	***SSR Alina Kowalewska***
Protokolant:	starszy sekretarz sądowy Elwira Stopińska

po rozpoznaniu w dniu 30 stycznia 2019r. w Giżycku

na rozprawie

sprawy z powództwa B. F. (1)

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

o zapłatę

1.Zasądza od pozwanego (...) S.A w W. na rzecz powódki B. F. (1) kwotę 50.000 zł (pięćdziesiąt tysięcy złotych) z ustawowymi odsetkami za opóźnienie od dnia 30.05.2018r do dnia zapłaty oraz kwotę 6.522,41 zł tytułem zwrotu kosztów procesu.

SSR Alina Kowalewska

Sygn. akt I C 1194/18

UZASADNIENIE

Powódka B. F. (2) wniosła przeciwko (...) S. A. w W. pozew o zapłatę kwoty 50.000 zł wraz z odsetkami ustawowymi od dnia 30 maja 2018 r. oraz zasądzenie na swoją rzecz kosztów procesu według norm przepisanych. W uzasadnieniu podała, iż źródłem zobowiązania jest umowa ubezpieczenia z dnia 30.08.2017 r. przewidująca odpowiedzialność pozwanego za śmierć ubezpieczonego E. P. (1) w następstwie zawału. Powódka twierdziła, iż pomimo wystąpienia w okresie ubezpieczenia wypadku ubezpieczeniowego pozwany nie wypłacił należnego świadczenia.

(pozew – k. 3-7)

Pozwany (...) S. A. z siedzibą w W. wniósł o oddalenie powództwa w całości oraz zasądzenie na swoją rzecz kosztów procesu. Pełnomocnik pozwanego twierdził, iż ubezpieczony zmarł na skutek innych przyczyn, niż uznawane za wypadek ubezpieczeniowy w rozumieniu zawartej umowy. Powołał się przy tym na dokumentację medyczną oraz opinię specjalisty z zakresu chorób wewnętrznych i kardiologii.

(odpowiedź na pozew – k. 36-37)

Sąd ustalił, co następuje:

W dniu 30 sierpnia 2017 r. J. P. zawarła z (...) S.A. w W. umowę ubezpieczenia od następstw nieszczęśliwych wypadków. Ochroną ubezpieczeniową objęty był E. P. (1). Ubezpieczenie obejmowało okres od dnia 04 września 2017 r. do dnia 03 września 2018 r. Zakres odpowiedzialności zakładu obejmował określone w umowie następstwa nieszczęśliwego wypadku, w tym śmierć ubezpieczonego będącą skutkiem zawału serca lub krwotoku śródczaszkowego. Suma ubezpieczenia wynosiła 50.000 zł.

(***dowód*** : polisa nr (...) – k. 12, ogólne warunki ubezpieczenia – k. 40-61)

W dniu 28 stycznia 2018 r. E. P. (1) przebył zawał serca. Od tego dnia do chwili śmierci, która nastąpiła w dniu 10 marca 2018 r., przebywał w (...) Centrum (...) w M. oraz w Szpitalu (...) w K.. Zawał serca doprowadził do znacznej niewydolności serca i zgonu E. P. (1).

(***dowód*** : dokumentacja medyczna – k. 64-223, 234, opinia biegłego z zakresu kardiologii A. A. – k. 240)

W dniu 16.03.2018 r. powódka zgłosiła pozwanemu roszczenie z tytułu śmierci E. P. (1). W piśmie z dnia 29.05.2018 r. pozwany odmówił zaspokojenia zgłoszonego roszczenia podając, iż przedmiotem ubezpieczenia są następstwa zawału lub krwotoku śródczaszkowego, podczas gdy bezpośrednią przyczyną zgonu ubezpieczonego była niewydolność serca. Wniesione przez powoda odwołanie nie zostało uwzględnione.

(***dowód*** : akta szkody – k. 227, pismo z 29.05.2018 r. – k. 23, pismo z 14.06.2018 r. – k. 24-25, pismo z 28.06.2018 r. – k. 26)

Sąd zważył, co następuje:

Stan faktyczny w przedmiotowej sprawie był co do zasady bezsporny. Strony były zgodne, iż E. P. (1) był ubezpieczony od następstw nieszczęśliwych w pozwanym zakładzie ubezpieczeń. Nie był także sporny fakt przebycia przez ubezpieczonego w czasie trwania ochrony ubezpieczeniowej zawału serca, związanego z tym pobytu w placówkach leczniczych oraz zgonu w dniu 10.03.2018 r.

Kwestię sporną stanowiła natomiast przyczyna zgonu ubezpieczonego, która była istotna dla ustalenia odpowiedzialności pozwanego. Na tę okoliczność Sąd dopuścił dowód z dokumentacji medycznej zgromadzonej w toku leczenia oraz opinii biegłego sądowego z zakresu kardiologii A. A.. Przeprowadzone dowody stanowiły podstawę ustaleń faktycznych w sprawie. Brak było bowiem okoliczności wywołujących wątpliwości co do ich wiarygodności oraz rzetelności. Strony także nie wnosiły zastrzeżeń w zakresie ich mocy dowodowej.

Podstawę prawną zgłoszonego roszczenia stanowił art. 805 § 1 k. c. Zgodnie z jego treścią poprzez umowę ubezpieczenia ubezpieczyciel zobowiązuje się, w zakresie działalności swego przedsiębiorstwa, spełnić określone świadczenie w razie zajścia przewidzianego w umowie wypadku, a ubezpieczający zobowiązuje się zapłacić składkę. Umowa ubezpieczenia jest umową odpłatną, dwustronnie zobowiązującą - ubezpieczający opłaca składkę w zamian za ochronę ubezpieczeniową, ubezpieczyciel zaś w celu zwolnienia się ze zobowiązania wypłaca świadczenie. Na mocy natomiast art. 805 § 2 k. c. świadczenie ubezpieczyciela z ubezpieczenia osobowego polega w szczególności na zapłacie umówionej sumy pieniężnej, renty lub innego świadczenia w razie zajścia przewidzianego w umowie wypadku w życiu osoby ubezpieczonej. W oparciu o treść art. 808 § 1 k. c. umowa ubezpieczenia może zostać zawarta na cudzy rachunek. W polskim systemie prawnym rozróżnia się ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej obowiązkowe i dobrowolne. Ubezpieczeniem obowiązkowym jest ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej podmiotu lub ubezpieczenie mienia, jeżeli ustawa lub ratyfikowana przez Rzeczpospolitą Polską umowa międzynarodowa nakłada obowiązek zawarcia umowy ubezpieczenia (art. 3 ust. 1 ustawy z dnia 22 maja 2003 r. o ubezpieczeniach obowiązkowych, Ubezpieczeniowym Funduszu Gwarancyjnym i Polskim Biurze Ubezpieczycieli Komunikacyjnych, Dz. U. z 2016 r., poz. 2060; art. 15 ust. 2 ustawy z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej, Dz. U. z 2015 r., poz. 1844 ze zm.). Pozostałe rodzaje ubezpieczeń mają charakter ubezpieczeń dobrowolnych, których fakultatywność charakteryzuje się tym, że strony, w granicach przyznanej im swobody (art.

353^1 k.c.), decydują o samym powstaniu stosunku ubezpieczenia, a także jego treści - wysokości sumy gwarancyjnej i zakresie ubezpieczenia.

W okolicznościach niniejszej sprawy strony dobrowolnej umowy ubezpieczenia przyjęły odpowiedzialność pozwanego za śmierć ubezpieczonego w następstwie zawału, przy czym warunkiem wypłaty świadczenia było rozpoznanie zawału. Definicję zawału serca zawiera § 2 pkt 138 Ogólnych warunków ubezpieczenia (...) i stanowi, że za zawał uznaje się martwicę części mięśnia sercowego spowodowaną nagłym zmniejszeniem dopływu krwi do tej części mięśnia sercowego. Z uwagi na fakt, iż ustalenie przyczyny zgonu ubezpieczonego wymagało wiadomości specjalnych, Sąd w oparciu o art. 278 § 1 k.p.c. dopuścił dowód z opinii biegłego sądowego z zakresu kardiologii, który jednoznacznie wskazał, iż zawał serca przebyty w dniu 28 stycznia 2018 r. doprowadził do znacznej niewydolności serca i zgonu E. P. (2). Nadto biegły sądowy wskazał, iż z dużym prawdopodobieństwem można uznać, że w czasie pobytu ubezpieczonego w szpitalu mogło dojść do kolejnego zawału. Wskazanej opinii w jakimkolwiek zakresie nie kwestionowała strona pozwana, jak również nie wnosiła o przeprowadzenie dalszych dowodów na okoliczność przyczyny śmierci ubezpieczonego.

Mając zatem na uwadze, iż ochroną ubezpieczeniową objęta była śmierć ubezpieczonego w następstwie zawału, w oparciu o wnioski płynące z opinii biegłego sądowego, Sąd uznał wytoczone powództwo za zasadne w całości i z tego względu orzekł jak w punkcie pierwszym sentencji orzeczenia. O odsetkach od zasądzonej kwoty Sąd orzekł na podstawie art. 481 § 1 k.c. w zw. z art. 817 § 1 k.c. W niniejszej sprawie pozwany otrzymał zawiadomienie o wypadku ubezpieczeniowym w dniu 16.03.2018 r., zatem żądanie zasądzenia odsetek z tytułu opóźnienia w spełnieniu świadczenia od dnia 30.05.2018 r. jest zasadne.

O kosztach procesu Sąd orzekł na podstawie art. 98 § 1 k.p.c. Na koszty niezbędne do celowego dochodzenia praw poniesione przez powódkę składała się opłata sądowa od pozwu w wysokości 2.500 zł, koszty zastępstwa procesowego w kwocie 3.600 zł, opłata skarbowa od pełnomocnictwa 17 zł oraz zaliczka na wydatki w kwocie 405,41 zł, wobec czego kwotę tę Sąd zasądził od pozwanego na rzecz powódki.