Sygn. aktI.Ca 10/19

WYROK
W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 25 marca 2019r.

Sąd Okręgowy w Suwałkach I Wydział Cywilny w składzie następującym:

Przewodniczący:	SSO Cezary Olszewski
Sędziowie SO :	Małgorzata Szostak Szydłowska, Joanna Walczuk
Protokolant:	st. sekr. sądowy Ewa Andryszczyk

po rozpoznaniu w dniu 13 marca 2019 roku w Suwałkach

na rozprawie

sprawy z powództwa ***A. W.***

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

o zapłatę

na skutek apelacji pozwanego (...) S. A. w S.

od wyroku Sądu Rejonowego w Suwałkach z dnia 5 listopada 2018r. sygn. akt I C 2006/17

1. Oddala apelację.

2. Zasadza od pozwanego (...) Towarzystwa (...)
(...) S. A. w S. na rzecz powódki A. W. kwotę 1800 zł
tytułem kosztów zastępstwa procesowego przed sądem II-giej instancji.

SSO Cezary Olszewski SSO Małgorzata Szostak Szydłowska SSO Joanna Walczuk

Sygn. akt I Ca 10/19

UZASADNIENIE

A. W. domagała się zasądzenia od (...) Spółki Akcyjnej w S. kwoty 41.534,07 zł z odsetkami ustawowymi za opóźnienie od dnia 12 września 2016 r. do dnia zapłaty oraz o zasądzenie kosztów postępowania. Uzasadniając żądanie podniosła, że strony łączyła umowa ubezpieczenia Hestia Podróże, obejmująca koszty leczenia, (...), odpowiedzialności cywilnej i baraż w wariancie ubezpieczenia pełnego, o zakresie terytorialnym cały świat w okresie od dnia 21 maja 2016 r. do dnia 4 czerwca 2016 r. W trakcie pobytu w USA powódka korzystała z pomocy medycznej, która po przeliczeniu kosztowała ją 41.534,07 zł. Szkoda został przez powódkę zgłoszona, jednak nie została ona uznana i pokryta przez poznanego.

Nakazem zapłaty wydanym w sprawie I Nc 1698/17 powództwo zostało uwzględnione w całości.

Sprzeciw od nakazu wniosła pozwana (...) SA w S., domagając się oddalenia powództwa w całości i zasądzenia kosztów procesu. Pozwana potwierdziła fakt zawarcia umowy, wskazując jednak, że zakres ubezpieczenia nie został rozszerzony za opłatą dodatkowej składki, gdzie ochroną objęte byłyby także szkody będące następstwem chorób przewlekłych. Tymczasem powódce udzielono wsparcia medycznego w związku z istniejącą chorobą przewlekłą. Niezależnie od tego pozwana zakwestionowała także termin wymagalności roszczenia.

Sąd rejonowy ustalił że :

A. W. zawarła umowę ubezpieczenia z (...) Towarzystwem (...), której przedmiotem było poniesienie przez ubezpieczyciela ryzyka kosztów leczenia i A. do wysokości 500.000 zł, (...) do wysokości 30.000 zł, OC - do wysokości 1.000.000 zł oraz bagażu do wysokości 5.000 zł, a zakres ochrony obejmował region całego świata w okresie od dnia 21 maja 2016 r. do 4 czerwca 2016 r. Wariant ubezpieczenia określono jako PEŁNY. Składka została opłacona przy zawarciu umowy.

W ogólnych warunkach ubezpieczenia wskazano, że możliwe są trzy warianty ubezpieczenia: podstawowy, rozszerzony i pełny. Określono także, że nagłe zachorowanie (§ 3 ust 8), to stan chorobowy powstały w sposób nagły, zagrażający zdrowiu lub życiu ubezpieczonego, wymagający natychmiastowej pomocy lekarskiej. Jednocześnie w § 22 wskazano na wyłączenia generalne, gdzie wskazano, że o ile zakres ubezpieczenia nie został rozszerzony za opłatą dodatkowej składki, E. Hestia nie odpowiada za szkody będące następstwem chorób przewlekłych (§ 22 ust 6 e). Ubezpieczony był zobowiązany poddać się leczeniu i stosować do zaleceń mających na celu złagodzenie skutków nagłego zachorowania lub nieszczęśliwego wypadku; poddać się badaniu przez lekarzy lub ewentualnie obserwacji klinicznej, zwolnić lekarzy, publiczne i niepubliczne zakłady opieki zdrowotnej oraz Zakład Ubezpieczeń Społecznych zakresie niezbędnym do rozpatrzenia roszczenia, z obowiązku zachowania tajemnicy lekarskiej oraz wyrazić zgodę na udostępnienie E. Hestii dokumentacji leczenia (§ 11 ust 1 OWU).

W trakcie pobytu powódki w USA w dniu 24 maja 2016 r. doszło do utraty przez nią przytomności w sklepie. Udzielono jej wówczas wsparcia medycznego i zabrano do szpitala. Przytomność odzyskała dopiero w szpitalu. W związku z tym zdarzeniem powódka poniosła koszty leczenia w wysokości łącznie 10.741,20 USD, co stanowi kwotę 41.534,07 zł wg tabeli NBP z dnia 12 września 2016 r.

Utrata przytomności powódki była zdarzeniem nagłym, zagrażającym zdrowiu lub życiu powódki, wymagającym natychmiastowej pomocy lekarskiej. Najbardziej prawdopodobną przyczyną utraty przytomności w powyższym dniu wydaje się być epizod ciężkiej hipoglikemii spowodowany podaniem zbyt dużej dawki insuliny w stosunku do spożytego posiłku, u pacjentki z cukrzycą leczoną insuliną na co wskazywały opinie biegłych D. K. i M. T..

Przed wyjazdem za granicę powódka leczyła się, w marcu 2016 r. przebywała w szpitalu, gdzie rozpoznano u niej zapalenie płuc, zakażenie układu moczowego, wrzód żołądka powikłany krwawieniem, zapalenie przełyku A, uchyłek przełyku, kamicę pęcherzyka żółciowego, przewlekłe zapalenie ucha, zespół metaboliczny, cukrzycę niewyrównaną typu 2, nadciśnienie tętnicze, otyłość, dyslipidenię, dnę moczanową, niewydolność krążenia IV-II/III, utrwalone migotanie przedsionków, przewleką chorobę nerek, wole guzowate zamostkowe w eutyreozie, umiarkowaną niedokrwistość normocyt arna, chorobę zwyrodnieniową kręgosłupa.

Aktualnie u powódki zdarzają się utraty przytomności z towarzyszącymi drgawkami jednakże nie zdiagnozowano przyczyny.

W dniu 8 sierpnia 2016 r. powódka zgłosiła szkodę pozwanemu, gdzie wskazała, że w godzinach popołudniowych ok. godziny 16.00 w dniu 24 maja 2016 r. udała się wraz z synową na zakupy do sklepu spożywczego. W trakcie pobytu w sklepie straciła przytomność, a od synowej wie, że pierwsze zabiegi resuscytacyjne podjął personel sklepowy, następnie ambulans odwiózł ją do szpitala gdzie odzyskała przytomność. Pismem z dnia 30 maja 2017 r. pozwany wskazał, że z uwagi na przyczyny leczenia powódki za granicą należy uznać, że stanowiło to zaostrzenie choroby przewlekłej, co wyklucza odpowiedzialność ubezpieczyciela.

Zdaniem Sądu Rejonowego powództwo zasługiwało na uwzględnienie, niemal w całości.

Pozwany podniósł zasadniczą kwestię, mianowicie brak ochrony ubezpieczeniowej w zakresie objętym żądaniami pozwu z uwagi na zaostrzenie się choroby przewlekłej.

Istota sporu zatem ogniskowała się w pierwszej kolejności wokół ustalenia czy zdarzenie z dnia 24 maja 2016 r., było zdarzeniem nagłym, zagrażającym życiu, wymagającym natychmiastowej pomocy lekarskiej oraz czy było ono następstwem choroby przewlekłej.

Z opinii biegłych kardiologa i diabetologa wynika, iż zdarzenie, jakie miało miejsce w maju 2016 r., było zdarzeniem nagłym i zagrażającym życiu powódki. Hospitalizacja była konieczna- ona uratowała jej życie. Jak wskazały biegłe - najbardziej prawdopodobną przyczyną utraty przytomności w powyższym dniu wydaje się być epizod ciężki hipoglikemii spowodowany podaniem zbyt dużej dawki insuliny. Nie jest to jednak normalne następstwo tej choroby- cukrzycy. A ponadto biegłe nie są stanowcze w tym twierdzeniu, że to właśnie ta choroba spowodowała utratę przytomności, bowiem z dokumentacji medycznej nie wynika, aby powódce podano insulinę czy glukozę- podano jej adrenalinę, która spowodowała powrót do normalnych funkcji życiowych. Podkreślenia jednak wymaga, że powódka leczy się na cukrzycę od wielu lat, a jak wskazała biegła diabetolog podanie zbyt dużej dawki insuliny mogło wynikać z niewłaściwego określenia wymaganej dawki biorąc pod uwagę długą podróż, jakiej doświadczyła powódka krótko przed zdarzeniem. Nie jest to więc bezpośrednie następstwo tej choroby, a ma to związek z odbytą długą podróżą i wiekiem powódki. Dlatego uznać należało zdaniem sądu rejonowego, że powódki to wyłączenie określone w OWU nie dotyczy.

Zdaniem sądu rejonowego zachowanie pozwanego jest także niezgodne z celem ubezpieczenia i stanowi akt nielojalności i złej wiary, który nie zasługuje na ochronę prawną. W świetle więc także zasad współżycia społecznego - zasady sprawiedliwości społecznej - odmowa wypłaty odszkodowania jest dla powódki krzywdząca biorąc pod uwagę to, jaką umowę ubezpieczenia chciała zawrzeć i jaki w ten sposób cel osiągnąć (zwłaszcza, że aktualnie cierpi nadal na nagłe utraty przytomności, których przyczyny nie zostały zdiagnozowane).

Jak wskazał Sąd Rejonowy zgodnie z art. 805 § 1 kc przez 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. W świetle zaś obowiązującego strony postanowienia § 4 OWU przedmiotem ubezpieczenia były m.in. niezbędne koszty leczenia szpitalnego, ambulatoryjnego a także konsultacji i wizyt lekarskich.

Niewątpliwie cukrzyca, na którą cierpi powódką jest chorobą przewlekłą, a schorzenia, na które cierpi były m.in. powodem zawarcia tej polisy. Poza sporem jest także, że nie wykupiła ona dodatkowej ochrony na choroby przewlekłe. Jednak podkreślenia wymaga, że wykupując opcję pełną była ona przekonana, że ma pełną ochronę. Jak wskazywała powódka - z przeprowadzonej przez nią rozmowy z przedstawicielem pozwanego wynikało że ma pełne ubezpieczenie – bowiem jechała za granicę, cierpiała na wiele schorzeń i chciała się zabezpieczyć na wypadek konieczności poniesienia pewnych kosztów leczenia, jeśli takowe by wystąpiły. Jak podkreślił Sąd Rejonowy w OWU nie ma wskazanego wprost, że w przypadku wariantu pełnego są jakieś wyłączenia, że należy dodatkowo wykupić jeszcze inną ochronę. Odnośnik dotyczący wyłączeń został zawarty pod koniec OWU, co także może wprowadzać w błąd ubezpieczonego.

Biorąc powyższe okoliczności pod uwagę sąd rejonowy orzekł jak w punkcie I wyroku.

Oddalając powództwo w części dotyczącej wymagalności Sąd Rejonowy kierował się momentem, kiedy pozwany był wstanie podjąć decyzję w zakresie zasadności roszczenia powódki. Było to bowiem możliwe dopiero po uzyskaniu zgody powódki na udostępnienie tajemnicy medycznej i uzyskanie tych dokumentów od podmiotów leczących. Z USA dokumentacja nadeszła w dniu 15 marca 2017 r. więc pozwany powinien był w ciągu miejsca dokonać tłumaczenia

tych dokumentów i podjąć decyzję, co do zasadności roszczenia. Dlatego też Sąd Rejonowy uznał, że odsetki należą się od dnia 15 kwietnia 2017 r., o czym orzekł na zasadzie art. 817 § 1 kc w zw. z art. 481 § 1 kc.

O kosztach procesu sąd rejonowy orzekł na podstawie 98 kpc w zw. z art. 100 kpc w zw. z § 2 pkt 5 Rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 22 października 2015 roku w sprawie opłat za czynności radców prawnych (Dz. U. z 2016 r., poz. 1667 z późn. zm.)- gdyż powódka uległa tylko w nieznacznym zakresie żądaniu. Na koszty te składała się opłata od pozwu w wysokości 2.077 zł, wynagrodzenie pełnomocnika- 3.617 zł. O brakujących kosztach, na które składało się wynagrodzenie wypłacone biegłemu sądowemu sąd orzekł w oparciu o art. 113 ust. 1 ustawy z dnia 28 lipca 2005 roku o kosztach sądowych w sprawach cywilnych (t.j. Dz.U. z 2014r., poz. 1025), obciążając kosztami pozwanego.

Apelację od wyroku sądu rejonowego wywiodło pozwane towarzystwo zarzucając naruszenie prawa procesowego jak i materialnego polegające na :

-naruszenie art. 233 § 1 kpc poprzez dowolną ocenę materiału dowodowego oraz brak wszechstronności jego oceny poprzez przyjęcie odpowiedzialności ubezpieczyciela mimo, że zdarzenie z dnia 24 maja 2016r. miało cechy wskazujące na jego przyczynę w chorobie przewlekłej – a zgodnie z zawartą umową pozwany nie odpowiada za szkody będące następstwem chorób przewlekłych.

- naruszenie art. 353^1 kc – poprzez jego niezastosowanie i przyjęcie, że pozwany ponosi odpowiedzialność za skutki choroby przewlekłej mimo, że strony umówiły się że warunkiem uznania odpowiedzialności za choroby przewlekłe jest rozszerzenie zakresu ubezpieczenia za opłatą dodatkowej składki – co nie miało miejsca

- naruszenia art. 805 kc w zw. z 65 § 1 i 2 kc i art. 384 § 1 kc w zw. z OWU – poprzez błędne zastosowanie postanowień umowy – gdzie strona powodowa wyraźnie przyznała , że przed zawarciem umowy otrzymała OWU, z którymi się zapoznała, w tym w zakresie nie objęcia ochroną ubezpieczeniową szkód wynikających z chorób przewlekłych.

Skarżący podniósł, iż wbrew przyjętemu przez Sąd Rejonowy wnioskowaniu o tym , że OWU wyraźnie nie akcentowało wyłączenia odpowiedzialności, z zapisów OWU i umowy wyraźnie wynikało, że rozszerzenie odpowiedzialności następuje za zapłatą dodatkowej składki.

Wskazując na powyższe zarzuty pozwane towarzystwo wnosiło o zmianę wyroku i oddalenie powództwa w całości oraz obciążenie powódki kosztami procesu za obie instancje.

Sąd Okręgowy zważył co następuje:

Apelację uznać należało za bezzasadną.

Wstępnie sąd II-giej instancji podkreśla, iż, Sąd Rejonowy poczynił w niniejszej sprawie prawidłowe ustalenia faktyczne, a wyciągnięte wnioski mieszczą się w granicach zastrzeżonych przez art. 233 § 1 k.p.c. Sąd II instancji aprobuje również wnioski wyprowadzone z analizy zgromadzonego w sprawie materiału dowodowego oraz zaprezentowaną przez Sąd I instancji ocenę prawną. Ustalenia te Sąd Okręgowy przyjmuje za własne.

W szczególności nie są zasadne zarzuty naruszenia art. 233 § 1 k.p.c. Zgodnie z tym przepisem sąd ocenia wiarygodność i moc dowodów według własnego przekonania, na podstawie "wszechstronnego rozważenia zebranego materiału", a zatem z uwzględnieniem wszystkich dowodów przeprowadzonych w postępowaniu, jak również wszelkich okoliczności towarzyszących przeprowadzaniu poszczególnych dowodów i mających znaczenie dla oceny ich mocy i wiarygodności. Ramy swobodnej oceny dowodów wyznaczone są wymaganiami prawa procesowego, doświadczenia życiowego oraz regułami logicznego myślenia, według których sąd w sposób bezstronny, racjonalny i wszechstronny rozważa materiał dowodowy jako całość, dokonuje wyboru określonych środków dowodowych i ważąc ich moc oraz wiarygodność, odnosi je do pozostałego materiału dowodowego. Ocena dowodów jest istotą sędziowskiego wymiaru sprawiedliwości i dla skutecznego zakwestionowania oceny dokonanej przez sąd pierwszej instancji konieczne jest wykazanie, że sąd ten dokonując oceny dowodów w sposób rażący naruszył podstawowe

reguły oceny, a więc zasady logicznego rozumowania, doświadczenia życiowego, prawidłowego wnioskowania. Strona chcąca podważyć sędziowską ocenę dowodów nie może ograniczać się do przedstawienia własnej ich oceny, ponieważ jest to zwykła polemika ze stanowiskiem sądu niemogąca odnieść skutku. Konieczne jest wskazanie w takiej sytuacji przyczyn, dla których dokonana przez sąd ocena dowodów nie spełnia kryteriów określonych w art. 233 § 1 k.p.c. Jeżeli z określonego materiału dowodowego sąd wyprowadza wnioski logicznie poprawne i zgodne z doświadczeniem życiowym, to ocena sądu nie narusza reguł swobodnej oceny dowodów (art. 233 § 1 k.p.c.) i musi się ostać, choćby w równym stopniu, na podstawie tego materiału dowodowego, dawały się wysnuć wnioski odmienne. Tylko w przypadku, gdy brak jest logiki w wiązaniu wniosków z zebranymi dowodami lub gdy wnioskowanie sądu wykracza poza schematy logiki formalnej albo, wbrew zasadom doświadczenia życiowego, nie uwzględnia jednoznacznych praktycznych związków przyczynowo - skutkowych, to przeprowadzona przez sąd ocena dowodów może być skutecznie podważona.

W kontekście stanu faktycznego ustalonego w sprawie niniejszej nie ma podstaw by sądowi rejonowemu zarzucać wadliwe ustalenia faktyczne czy też niewłaściwą ocenę dowodów w tym opinii biegłych. Wręcz przeciwnie, niż to usiłuje przedstawić skarżący z opinii biegłych wynika, że nie można jednoznacznie wskazać na przyczyny utraty przytomności przez powódkę. Biegłe wskazują na prawdopodobieństwo przyczyn, ale brak jest jednoznacznych konkluzji , zwłaszcza w sytuacji jak to podniósł sąd rejonowy gdy powódka będąca osobą w starszym wieku była wyczerpana długą podróżą.

Niezależnie jednak , od powyższych uwag dotyczących przyczyny zasłabnięcia najistotniejszą kwestią wymagającą wyjaśnienia jest zakres odpowiedzialności pozwanego ustalony w umowie, a w szczególności wyłączenia , które zdaniem pozwanego eliminują możliwość uwzględnienia powództwa bowiem powódka nie wybrała wariantu ubezpieczenia obejmującego odpowiedzialność zakładu ubezpieczeń za choroby przewlekłe.

Na wstępie podnieść należy iż powódka , jest osobą starszą (w momencie zawierania umowy – wykupowania polisy miała 75lat) w związku z czym rozumienie przez nią niuansów wynikających z zawiłych redakcji OWU nie pozwalało jej na zrozumienie , że nabywając pakiet ubezpieczenia „Pełny" nie będzie miała ochrony związanej z licznymi jej problemami zdrowotnymi. Logicznym jest przecież, że udając się do zakładu ubezpieczeń/ agenta - szła po to by zapewnić sobie ochronę na wypadek właśnie ryzyka choroby – nie wyłączając chorób na które cierpiała. Absurdem byłoby założenie, że powódka chorująca na kilkanaście poważnych schorzeń i planująca odległy wyjazd do kraju gdzie koszty leczenia są bardzo wysokie szła zawrzeć polisę tylko na nowe ewentualne schorzenia, które ją dotkną w USA. Każdy logicznie myślący człowiek zawierając umowę obejmującą koszty leczenia za granicą – kiedy usłyszał by że oferowane jest ubezpieczenie „pełne" rozumiałby przez to, że ubezpieczenie to obejmuje wszystkie sytuacje, jakie mogą się zdarzyć za granicą. Co więcej otwierając ogólne warunki k.56-65 akt sprawy na początek rzuca się w oczy tabela (srt.5 owu) gdzie odnotowano trzy zakresy ubezpieczenia i limity odpowiedzialności w złotych. Pierwszy zakres to podstawowy z limitem odpowiedzialności 100 000 zł , kolejny rozszerzony z limitem odpowiedzialności 200 000 zł i ostatni pełny z limitem odpowiedzialności 500 000 zł. Czy otwierając tak sformułowane OWU można mieć wątpliwości że zakres „pełny" oznacza po pierwsze wysoki limit odpowiedzialności , a po wtóre że nie doznaje żadnych wyłączeń. Taki też zapis co do zakresu ubezpieczenia „Pełnego" widnieje na polisie i brak przy tym jakichkolwiek odnośników , że występują wyłączenia – innymi słowy że zakres ubezpieczenia jest „niepełny", pomimo, że wykupiło się „pełny".

W kontekście poczynionych wyżej uwag wskazać należy na treść art 385 § 2 kc który stanowi iż „Wzorzec umowy powinien być sformułowany jednoznacznie i w sposób zrozumiały. Postanowienia niejednoznaczne tłumaczy się na korzyść konsumenta."

Przepis powyższy stanowi implementację art. 5 zd. 1 dyrektywy Rady 93/13/EWG z 5.4.1993 r. w sprawie nieuczciwych warunków w umowach konsumenckich (Dz.Urz. WE L Nr 95, s. 29 ze zm.) – jego wykładnia i stosowanie powinno być zatem zgodne z celem sformułowanego w dyrektywie wymogu transparentności wzorców. Wymóg ten dotyczy wszystkich poziomów rozumienia tekstu pisanego: aspektów technicznych – formy graficznej, rozplanowania przestrzennego tekstu, koloru i wielkości czcionki; aspektów językowych – długości zdań, składni, ortografii, interpunkcji, zgodności z normą językową. Pojęcie jednoznaczności dotyczy, sfery językowej rozumienia tekstu, w

ramach zaś kryterium zrozumiałości należy uwzględniać zarówno aspekt techniczny, jak i językowy. Obydwa kryteria powinny być stosowane w oparciu o model przeciętnego konsumenta.

W ocenie sądu okręgowego sformułowane przez pozwanego OWU nie spełniają opisanych kryteriów, zwłaszcza z uwagi na rozdrobnienie zagadnień, w nich ujętych , obszerność samych OWU, a także mylące formułowanie zapisów, które w odbiorze przeciętnego konsumenta dają podstawę do jednoznacznej interpretacji, co jak się okazuje nie jest wcale oczywiste, a nawet wręcz przeciwnie. Zdaniem sądu okręgowego w sprawie niniejszej to właśnie wykorzystanie mylącego nazewnictwa w OWU i brak poinformowania powódki przy zawarciu umowy/polisy o wyłączeniach stwarzało u niej uzasadnione przekonanie, że jest osobą ubezpieczoną również od ryzyka związanego z istniejącymi chorobami. Stąd też powoływanie się przez pozwanego na wyłączenia odpowiedzialności nie mogło odnieść zamierzonego skutku.

Mając powyższe na uwadze i działając na podstawie art. 385 kpc apelację jako bezzasadną należało oddalić.

O kosztach postępowania przed Sądem II-instancji orzeczono na podstawie art. 98 §1 k.p.c. w zw. z § 10 ust. 1 pkt 1 w zw. z § 2 pkt. 5 rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z 22 października 2015 r. w sprawie opłat za czynności radców prawnych(Dz.U. poz. 1800 ze zm. Dz.U. z 2016 poz.1668 ze zm.).

SSO Cezary Olszewski SSO Małgorzata Szostak Szydłowska SSO Joanna Walczuk