

UZASADNIENIE

Zaskarżonym wyrokiem dnia 21 lutego 2020 roku Sąd Rejonowy w Pabianicach w sprawie z powództwa R. S. przeciwko Towarzystwu (...) Spółce Akcyjnej w W. o zapłatę

1. oddalił powództwo;
2. zasądził od R. S. na rzecz Towarzystwa (...) Spółki Akcyjnej w W. kwotę 500 złotych tytułem zwrotu kosztów zastępstwa procesowego;
3. nie obciąża R. S. kosztami procesu w pozostałej części;
4. nakazuje wypłacić ze Skarbu Państwa - Sądu Rejonowego w Pabianicach na rzecz radcy prawnego M. I. kwotę 1.476 złotych, w tym kwotę 276 złotych tytułem podatku od towarów i usług, tytułem wynagrodzenia za nieodpłatną pomoc prawną udzieloną powodowi z urzędu.

Sąd Rejonowy wskazał, że pozwem z dnia 20 lutego 2018 r. R. S. wystąpił przeciwko Towarzystwu (...) Spółce Akcyjnej w W. o zapłatę kwoty 6.000 zł wraz z odsetkami ustawowymi od kwot 3.000 zł od dnia 8 listopada 2016 r. do dnia zapłaty i 3.000 zł od dnia 31 marca 2017 r. do dnia zapłaty. Ponadto powód wystąpił o zasądzenie na swoją rzecz kosztów procesu według norm przepisanych. W uzasadnieniu pozwu wskazano, że powód dochodzi odszkodowania z tytułu umowy Grupowego (...) Na (...) z pakietem W. A. Medyczny oraz ziszczenia się zdarzeń ubezpieczeniowych wskazanych w tej umowie w postaci zabiegów ablacji wykonanych u powoda w dniach 8 listopada 2016 r. i 29 marca 2017 r.

W odpowiedzi na pozew Towarzystwo (...) Spółka Akcyjna w W. wniosła o oddalenie powództwa i o zasądzenie od powoda na swoją rzecz kosztów procesu według norm przepisanych. Pozwany przyznał fakt objęcia powoda ochroną ubezpieczeniową. Jednocześnie jednak wskazał, że zdarzenie z którego powód wywodzi roszczenie nie spełnia definicji zdarzenia ubezpieczeniowego, od wystąpienia którego uzależniona jest wypłata świadczenia, ponieważ schorzenie powoda zdiagnozowano przed zawarciem umowy ubezpieczenia. Ponadto wyraził pogląd, iż zabieg wykonany u powoda nie spełnia definicji ablacji ani innej metody leczenia z Katalogu Metod (...) i Ogólnych Warunków Dodatkowego Na Wypadek (...) Ubezpieczonego.

W dniu 10 grudnia 2018 r. powód sprecyzował roszczenie w zakresie odsetek, domagając się odsetek ustawowych za opóźnienie od dnia 19 stycznia 2018 r. do dnia zapłaty.

Sąd Rejonowy ustalił następujący stan faktyczny:

R. S. jest pracownikiem Zakładu (...) sp. z o.o. w Ł. od dnia 15 grudnia 2008 r..

Od dnia 1 lutego 2014 r. R. S. został objęty zbiorową polisą ubezpieczenia następstw nieszczęśliwych wypadków (numer polisy (...)), zawartą z Towarzystwem (...) Spółką Akcyjną w W. oraz m.in. dodatkową umową ubezpieczenia na wypadek leczenia specjalistycznego ubezpieczonego. Rodzaj umowy zaklasyfikowano jako (...). Ubezpieczającym przy wzmiankowanej polisie był Związek Zawodowy (...) sp. z o.o. w Ł..

We wcześniejszym okresie, od 2011 r. R. R. był objęty ubezpieczeniem grupowym udzielanym przez inny zakład (...) SA w W. (poprzednika TU Na Życie W.), z którym jego pracodawca zawarł umowę ubezpieczenia.

Stosownie do § 12 ust. 1 Ogólnych Warunków Ubezpieczenia - Grupowego (...) Na (...), zakład ubezpieczeń zobowiązał się do wypłaty świadczenia z tytułu zdarzeń objętych ochroną ubezpieczeniową na rzecz osób uprawnionych w wysokości ustalonej w umowie ubezpieczenia, a w przypadku zawarcia dodatkowych umów ubezpieczeniowych - w oparciu o właściwe postanowienia Ogólnych Warunków Dodatkowych (...).

Na mocy § 6 ust. 1 Ogólnych Warunków Dodatkowego (...) Na Wypadek (...) Ubezpieczonego, (...) SA w W. przyjęła na siebie odpowiedzialność odszkodowawczą z tytułu leczenia specjalistycznego wskutek choroby stwierdzonej przez lekarza w okresie trwania odpowiedzialności ubezpieczyciela. Ochrona ubezpieczeniowa nie obejmowała leczenia specjalistycznego stosowanego w okresie 3 miesięcy, w którym nie rozpoczęła się jeszcze odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia oraz leczenia specjalistycznego rozpoczętego w tym okresie. W przypadku zajścia zdarzenia objętego ochroną do okresu 3 miesięcy zaliczano opłacania składek przez ubezpieczonego z tytułu grupowego ubezpieczenia na życie zawartego z innym niż TU na (...) S.A. ubezpieczycielem, przewidującej w swym zakresie ryzyko leczenia specjalistycznego ubezpieczonego, pod warunkiem, że ubezpieczony wystąpił z umowy bezpośrednio przed zawarciem umowy ubezpieczenia - jeśli ubezpieczony doręczył ubezpieczycielowi dokumenty potwierdzające obejmowanie takim ubezpieczeniem.

Zakład ubezpieczeń i ubezpieczający zmodyfikowali ogóle warunki ubezpieczenia w ten sposób, że osoby fizyczne znajdujące się na liście osób przystępujących do ubezpieczenia przekazanej przez ubezpieczającego, które złożyły podpisaną deklarację uczestnictwa, zostały objęte ochroną ubezpieczeniową z tytułu umowy ubezpieczenia z (...) SA już w dniu zawarcia tej umowy czyli od 1 lutego 2014 r. Do wymienionych osób zaliczał się R. S..

Z tytułu leczenia specjalistycznego ubezpieczonego zakład ubezpieczeń miał wypłacić osobie uprawnionej świadczenie na podstawie katalogu metod leczenia specjalistycznego w określonym procencie kwoty bazowej (§ 8 ust. 1 (...)).

W przypadku leczenia specjalistycznego ubezpieczonego tzw. kwotę bazową określono na 6000 złotych.

Ochrona ubezpieczeniowa udzielana R. S. obejmowała m. in. metody leczenia specjalistycznego określone w Katalogu Metod (...), w tym tzw. ablację (50% kwoty bazowej), która rozumiana była jako zabieg kardiologiczny przeprowadzony przy użyciu prądu o częstotliwości radiowej, który ma na celu usunięcie ogniska będącego źródłem zaburzeń rytmu serca (§ 2 katalogu metod leczenia specjalistycznego).

R. S. był hospitalizowany na Oddziale (...) sp. z o.o. w P.:

a) w dniach 23-26 listopada 2011 r. z powodu niewydolności serca, niedomykalności zastawki mitralnej II stopnia, częstoskurczu napadowego nadkomorowego i nadciśnienia tętniczego; przeprowadzono wówczas zabieg kardiowersji elektrycznej. Przy wypisie wskazano na konieczność dalszej opieki w Poradniach POZ i kardiologicznej;

b) w dniach 25 - 27 lipca 2015 r. z powodu niewydolności serca - nieokreślonej, częstoskurczu nadkomorowego i nadciśnienia tętniczego; przeprowadzono wówczas zabieg kardiowersji. Przy wypisie wskazano na konieczność dalszej opieki w Poradniach Rejonowej i kardiologicznej.

R. S. nie leczyl się w poradniach specjalistycznych w sposób stały, oprócz wizyt u lekarza pierwszego kontaktu z powodu nadciśnienia. W 2011 r. i 2015 r. po zabiegu kardiowersji nie sugerowano mu potrzeby przeprowadzenia zabiegu ablacji, nie wiedział na czym polega taki zabieg.

R. S. był hospitalizowany w SP ZOZ (...) Szpitalu (...) w Ł.:

a) w dniach 6 - 10 listopada 2016 r. z powodu częstoskurczu nadkomorowego, trzepotania przedsionków z czynnością komór 200/min.;

w dniu 8 listopada 2016 r. dokonano u powoda nieskutecznej próby ablacji metodą C. (nastąpiło wówczas przepięcie na elektrodzie), zaś w dniu 9 listopada 2016 r. - skuteczną kardiowersję elektrycznej. W dokumentacji medycznej odnotowano: stan po dwóch kardiowersjach elektrycznych w 2011 i 2015 r.,

b) w dniach 29 marca - 3 kwietnia 2017 r. z powodu napadowego migotania i trzepotania przedsionków, a także nadciśnienia tętniczego;

w dniu 31 marca 2017 r. wykonano o R. S. ablację RF cieśni dolnej prawoprzedsionkowej, a w dniu 3 kwietnia 2017 r. skuteczną kardiowersję elektryczną.

R. S. dowiedział się na czym polega zabieg ablacji przed tym zabiegiem w 2016 r..

Zabiegi przeprowadzone u powoda w dniach 8 listopada 2016 r. i 29 marca 2017 r. były zabiegami ablacji rozumianej jako zabieg kardiologiczny przeprowadzony przy użyciu prądu o częstotliwości radiowej, mający na celu usunięcie ogniska będącego źródłem zaburzeń rytmu serca.

Pierwszy z zabiegów został przerwany wobec wystąpienia działań niepożądanych w trakcie aplikacji prądu RF. Następnie chory pozostawał pod obserwacją i od przebiegu choroby uzależniony był kolejny zabieg. Drugi zabieg ablacji dotyczył arytmii prawoprzedsionkowych - trzepotania przedsionków i częstoskurczu prawoprzedsionkowego. W trakcie zabiegu pojawiła się u chorego arytmia nadkomorowa - migotanie przedsionków, której leczenie wymaga kolejnego zabiegu - ablacji ujść żył płucnych.

Cały wieloletni wywiad chorego od 2011 r. dotyczy napadowych arytmii nadkomorowych - trzepotania i migotania przedsionków, których elementem leczenia były wykonane ablacje przezskórne. Częstoskurcz nadkomorowy, trzepotanie i migotanie przedsionków często występują u chorych naprzemiennie.

Arytmia występująca u powoda była różnie kodowana w kartach informacyjnych dokumentacji medycznej. Była to jedna grupa zaburzeń rytmu o różnej możliwej prezentacji podłoża arytmii, leczenie prowadzono farmakologicznie oraz za pomocą ablacji przezskórnej.

W dniu 2 czerwca 2017 r. R. S. zgłosił szkodę Towarzystwu (...) Spółce Akcyjnej w W.. Jako datę rozpoznania choroby wskazał 8 listopada 2016 r., zaś jako datę rozpoczęcia leczenia specjalistycznego oznaczył 6 listopada 2016 r.

Szkoda została zarejestrowana i likwidowana przez (...) SA pod numerem (...)/ (...).

Decyzją z dnia 5 czerwca 2017 r. (...) S.A. stwierdził brak podstaw do przyjęcia swojej odpowiedzialności i do wypłaty świadczenia z tytułu przeprowadzonych u powoda w dniach 8 listopada 2016 r. i 31 marca 2017 r. zabiegów ablacji. Podniósł, że u powoda nie wykonano zabiegów ablacji, a nadto że choroba została rozpoznana przed zawarciem umowy ubezpieczenia. Dodał, że przeprowadzenie zabiegów kardiowersji elektrycznej nie było objęte ubezpieczeniem.

R. S. ponownie wystąpił do Towarzystwu (...) Spółce Akcyjnej w W. o likwidację szkody w dniu 14 stycznia 2018 r.

R. S. prowadzi wspólne gospodarstwo domowe wraz z synami M. S. oraz S. S.. Powód osiąga dochody z tytułu świadczonej pracy w wysokości 2.300 zł netto miesięcznie, jego synowie obecnie nie pracują, nie osiągają dochodów z innego tytułu. R. S. jest współwłaścicielem nieruchomości gruntowej o powierzchni 600 m², zabudowanej domem jednorodzinny o powierzchni 120 m².

R. S. nie posiada cennych ruchomości, papierów wartościowych, nie zgromadził żadnych oszczędności. Na stałe comiesięczne wydatki w gospodarstwie domowym powoda składają się: 300 zł.

Powyższy stan faktyczny został ustalony w oparciu o bezsporne twierdzenia stron, dowody z dokumentów (w tym zawartych w aktach szkody), opinie biegłego z zakresu kardiologii, a także dowód z przesłuchania powoda.

Sąd oddalił wniosek strony powodowej o zobowiązanie pozwanego do złożenia wyciągu z listy pracowników objętych ubezpieczeniem grupowym, którzy zostali przejęci od poprzedniego ubezpieczyciela, albowiem okoliczności wynikające z tego dowodu nie mają znaczenia dla rozstrzygnięcia sprawy. Należy bowiem podkreślić, że ustalenie faktu podlegania przez powoda ochronie ubezpieczeniowej udzielanej przez poprzedni zakład ubezpieczeń mogło wpłynąć wyłącznie na przyjęcie wcześniejszego o trzy miesiące rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej udzielanej przez pozwanego (§ 6 ust. 2-4 (...)); zasadą było bowiem to, że odpowiedzialność pozwanego TU WARTA z tytułu

dodatkowej umowy ubezpieczenia rozpoczynała się dopiero po upływie 3 miesięcy od zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia na rzecz danego ubezpieczonego (§ 5 ust. 1 (...)). Innymi słowy, w świetle stosunku kontraktowego łączącego strony, wcześniejsze podleganie przez powoda ubezpieczeniu grupowemu u innego ubezpieczyciela w żaden sposób nie mogło wpłynąć na rozszerzenie odpowiedzialności pozwanego na leczenie specjalistyczne wywołane schorzeniami stwierdzonymi przed rozpoczęciem ochrony ubezpieczeniowej udzielanej przez TU WARTA, nawet z uwzględnieniem wspomnianych, dodatkowych trzech miesięcy. Ponadto, zobowiązanie pozwanego zgodnie z wnioskiem powoda byłoby bezprzedmiotowe, ponieważ pozwany nie zakwestionował faktu, że powód korzystał z ubezpieczenia grupowego udzielanego przez poprzednich ubezpieczycieli, a zatem jest to okoliczność bezsporna (art. 230 k.p.c.).

Na gruncie tak ustalonego stanu faktycznego Sąd Rejonowy uznał powództwo za bezzasadne.

Stosownie do art. 805 § 1 k.c., 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. Świadczenie ubezpieczyciela przy ubezpieczeniu osobowym polega w szczególności na zapłacie umówionej sumy pieniężnej, renty lub innego świadczenia w razie zajścia przewidzianego w umowie wypadku w życiu osoby ubezpieczonej (art. 805 § 2 pkt 2 k.c.).

W świetle stosunku prawnego łączącego strony oraz podstawy faktycznej powództwa, zdarzeniem (wypadkiem ubezpieczeniowym) determinującym wypłatę odszkodowania było poddanie się przez powoda zabiegom ablacji. Z przeprowadzonej w sprawie opinii biegłego z zakresu kardiologii wynika, że zabiegi medyczne wykonane u powoda w dniach 8 listopada 2016 r. i 29 marca 2017 r. stanowiły ablacje rozumiane jako zabiegi kardiologiczne przeprowadzane przy użyciu prądu o częstotliwości radiowej, które mają na celu usunięcie ogniska będącego źródłem zaburzeń rytmu serca. Tym samym, wykonane zabiegi stanowiły ablacje w rozumieniu § 2 katalogu metod leczenia specjalistycznego (k.97), co w świetle § 1 i § 2 pkt 4 ogólnych warunków dodatkowego ubezpieczenia na wypadek leczenia specjalistycznego ubezpieczonego (tzw. (...) k.710dwrót) otworzyło drogę dla rozważania odpowiedzialności odszkodowawczej pozwanego.

Rzecz jednak w tym, że stosownie do § 6 ust. 1 (...) ubezpieczyciel udzielał ochrony ubezpieczeniowej w zakresie leczenia specjalistycznego jedynie wskutek choroby stwierdzonej przez lekarza w okresie trwania odpowiedzialności ubezpieczyciela z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia lub wypadku zaistniałego w tym okresie. Odpowiedzialność ubezpieczyciela względem R. S. rozpoczęła się w dniu 1 lutego 2014 r. czyli w dniu zawarcia umowy ubezpieczenia tj. bez trzymiesięcznego okresu karencji określonego w § 5 w zw. z § 6 ust. 2 (...), ponieważ przyjęto kontynuację ubezpieczenia przez powoda (zob. treść polisy na k. 101).

Z opinii biegłego z zakresu kardiologii wynika, że przyczyną wykonania ablacji u R. S. 8 listopada 2016 r. i 29 marca 2017 r. było schorzenie w postaci arytmii nadkomorowej (k.401, 428-429). W obu złożonych opiniach biegły kategorycznie wypowiedział się, iż wzmiankowane schorzenie występowało u powoda co najmniej od roku 2011, a rozpoznania z kart informacyjnych z lat 2011-2017 dotyczą jednej grupy arytmii, wywołującej m.in. migotanie/trzepotanie przedsionków serca (k.429). Biegły przekonująco wyjaśnił, że opisana choroba może mieć zróżnicowany przebieg, w tym okresy napadów, remisji i czasowego braku dolegliwości, a także wskazał, że u R. S. występowały arytmie nadkomorowe o różnej prezentacji klinicznej, których leczenie prowadzono farmakologicznie oraz za pomocą ablacji przezskórnej. Z przedstawionych przez biegłego wniosków wynika zatem jednoznacznie, że konieczność poddania się przez powoda dwóm ablacjom była skutkiem schorzenia stwierdzonego na około trzy lata przed rozpoczęciem ochrony ubezpieczeniowej udzielanej przez pozwanego, a zatem w świetle § 6 ust. 1 (...) pozwany ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności odszkodowawczej z tytułu wykonania tych zabiegów. Mając na uwadze powyższe, orzeczono o oddaleniu powództwa.

Ubocznie należy wyjaśnić, że fakt kontynuacji ubezpieczenia przez powoda wpłynął wyłącznie na przyjęcie wcześniejszego o trzy miesiące rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej udzielanej przez pozwanego (§ 6 ust. 2-4 (...)); w kontrakcie zawartym przez strony brak jest jakiegokolwiek zastrzeżenia, aby kontynuacja ubezpieczenia

na wypadek leczenia specjalistycznego rozciągała zakres ochrony ubezpieczeniowej udzielanej przez pozwanego na leczenie schorzeń stwierdzonych jeszcze w trakcie trwania umowy ubezpieczenia z poprzednim zakładem ubezpieczeń. Tego rodzaju zastrzeżenie zostało poczynione natomiast w ograniczonym zakresie przez strony w odniesieniu do rozpoczętego przed okresem ubezpieczenia leczenia szpitalnego (§ 4 załącznika do polisy k. 104) oraz odpowiedzialności z tytułu zgonu osób najbliższych, próby samobójczej i samookaleczenia (§ 3 załącznika k. 103), lecz już nie w przypadku odszkodowania z tytułu leczenia specjalistycznego, z którego to tytułu odszkodowania dochodził w niniejszym postępowaniu R. S..

Jako, że pozwany (...) SA w W. wygrał proces w całości, co do zasady przysługiwał mu od strony powodowej zwrot całości kosztów procesu na zasadzie art. 98 § 1 k.p.c.; powyższe koszty opiewają na kwotę 1.800 zł i składają się na nie wyłącznie wynagrodzenie pełnomocnika pozwanego będącego radcą prawnym (§ 2 ust. 4 rozporządzenia MS z dnia 22 października 2015 r. w sprawie opłat za czynności radców prawnych, Dz.U. 2018 poz. 265 t.j.). Jednakże, na podstawie art. 102 k.p.c. sąd obciążył powoda jedynie częścią kosztów procesu (kosztów zastępstwa procesowego) tj. w kwocie 500 zł. Sąd zważył bowiem, że powód jest aktualnie jedyną osobą zarobkującą w swym gospodarstwie domowym i z wynagrodzenia wynoszącego 2.300 zł musi utrzymać trzyosobową rodzinę. Dodatkowo, powód ponosi stałe koszty leczenia, w tym kardiologicznego, stanowiące dla majątku jego rodziny realne obciążenie. Biorąc pod uwagę stan zdrowia powoda oraz charakter wykonywanej przez niego pracy, nie dysponuje on realną możliwością podjęcia dodatkowego zatrudnienia. Sąd wskazuje, że tożsame okoliczności stały się przyczyną zwolnienia powoda z kosztów sądowych w dniu 12 kwietnia 2019 r.

Powód R. S. był reprezentowany w sprawie przez ustanowionego z urzędu profesjonalnego pełnomocnika w osobie radcy prawnego M. I.. Koszty nieodpłatnej pomocy prawnej udzielonej przez pełnomocnika powoda nie zostały opłacone choćby w części. Jako, że pozew R. S. został oddalony w całości - brak jest podstaw do obciążenia kosztami wynagrodzenia pełnomocnika z urzędu jego przeciwnika czyli pozwanego. W sytuacji, kiedy nie ma podstaw do obciążenia kosztami sądowymi przeciwnika strony reprezentowanej przez pełnomocnika z urzędu - koszty nieopłaconej pomocy prawnej ponosi Skarb Państwa (art. 22³ ust. 1 ustawy o radcach prawnych, tak: G. Misiurek Komentarz do art. 122 k.p.c. w H. Dolecki, T. Wiśniewski (red.) Kodeks postępowania cywilnego. Komentarz. Tom I. Artykuły 1-366, wyd. II LEX 2013, teza 3.). Tym samym, wynagrodzenie pełnomocnikowi powoda przyznano ze Skarbu Państwa, na podstawie art. 22³ ust. 1 ustawy o radcach prawnych i § 8 pkt 4 rozporządzenia MS z 3 października 2016 r. w sprawie ponoszenia przez Skarb Państwa kosztów nieopłaconej pomocy prawnej udzielonej przez radcę prawnego z urzędu (Dz. U. 2019, poz. 68 t.j.). Wynagrodzenie radcy prawnego z urzędu podwyższono o podatek VAT zgodnie z § 4 ust. 3 rozporządzenia. Suma wynagrodzenia pełnomocnika powoda, obliczona w opisany sposób, wynosi 1.476 zł, w tym 276 zł podatku VAT.

Apelację od wyroku Sądu Rejonowego złożył powód, zaskarżając go w całości obejmującej oddalenie powództwa oraz w zakresie wynikłego z powyższych rozstrzygnięć rozliczenia kosztów procesu między stronami postępowania, zarzucając:

1. naruszenie przepisów postępowania w postaci:

a) art. 233 §1 k.p.c. poprzez przekroczenie granic swobodnej oceny dowodów, wadliwą, niewszechstronną oraz sprzeczną z zasadami logiki i doświadczenia życiowego ocenę zebranego materiału dowodowego, polegającą w szczególności na:

I. sprzecznym z opiniami biegłego, zgromadzoną w sprawie dokumentacją medyczną powoda oraz niezgodnym z treścią wyjaśnień samego powoda uznaniu, iż choroba będąca przyczyną wykonania spornego zabiegu ablacji trwa u powoda nieprzerwanie od 2011 r., a więc powstała w okresie poprzedzającym zawarcie umowy z pozwaną, podczas gdy sam Sąd pierwszej instancji, jak i biegły wskazują, iż u powoda występują liczne arytmie, o różnym przebiegu i różnych objawach, a także leczone różnymi sposobami;

II. Sąd pierwszej instancji wadliwie ustalił fakt, jakoby powód od 2011 roku chorował nieustannie na tę samą jednostkę chorobową, podczas gdy w rzeczywistości powód zapadał w analizowanym okresie na różne jednostki chorobowe;

III. bez poparcia w zgromadzonym materiale dowodowym, a w szczególności przedłożonych opiniach biegłego Sąd pierwszej instancji jednoznacznie ustalił, że u powoda utrzymuje się jedna i ta sama choroba, nieprzerwanie od 2011 r., nie wskazując zarazem, jaka miałyby to być choroby.

b) naruszenia art. 278 §1 k.p.c. poprzez błędne odczytanie opinii biegłego powołanego w sprawie oraz samodzielne ustalenie przez Sąd pierwszej instancji, iż u powoda występuje jedna arytmia, podczas gdy w swojej opinii biegły jednoznacznie wskazuje na wielość arytmii używa liczby mnogiej opisując stan zdrowia powoda. Sąd pierwszej instancji dopuścił się zatem samowolnego dokonywania ustaleń faktycznych wymagających wiadomości specjalnych, niemających poparcia w zgromadzonym w niniejszej sprawie materiale dowodowym.

Apelujący zarzucił ponadto naruszenia przepisów prawa materialnego w postaci:

a) art. 6 k.c., poprzez przyjęcie jakoby w niniejszej sprawie została jakkolwiek przez pozwanego wykazana przesłanka egzoneracyjna w postaci istnienia choroby powoda przed objęciem go ochroną ubezpieczeniową w dniu 1 lutego 2014 r.. Jest to fakt, z którego pozwany wywodzi korzystne dla siebie skutki prawne, a więc winien on wykazać w tym zakresie aktywność procesową oraz przedstawić dowody na jego poparcie, podczas gdy pozwany przez cały proces pozostawał bierny w tym zakresie. Natomiast, jak sam Sąd pierwszej instancji wskazuje w uzasadnieniu zaskarżonego wyroku - u powoda występowało wiele arytmii na przestrzeni lat i nie wykazano, która konkretnie z jego chorób miałyby być bezpośrednią przyczyną wykonania u niego spornego zabiegu ablacji. Natomiast pozwany, który był zobowiązany udowodnić takowy fakt zrezygnował całkowicie z własnej inicjatywy dowodowej. Z kolei Sąd pierwszej instancji wadliwie uznał, iż to powód rzekomo nie udowodnił, jakoby były to różne choroby i nie wykazał, że są to różne schorzenia, podczas gdy okoliczności te winien wykazywać pozwany, z pełną konsekwencją procesową braku udowodnienia własnych przesłanek egzoneracyjnych;

b) 805 §1 k.c. poprzez przyjęcie, iż pozwany jest uprawniony do zwolnienia się od odpowiedzialności i pobierania składki ubezpieczeniowej bez ponoszenia żadnego ryzyka ubezpieczeniowego. a więc zawrzeć umowę ubezpieczenia, zgodnie z którą nie może zajść przewidziany w umowie wypadek (zabieg ablacji), za który pozwany ponosiłby odpowiedzialność, z uwagi na istniejący w chwili zawarcia umowy stan zdrowia powoda.

Wskazując na powyższe zarzuty, apelujący wniósł o zmianę zaskarżonego wyroku oraz uwzględnienie powództwa w całości oraz o zasądzenie od strony pozwanej na rzecz pełnomocnika z urzędu strony powodowej zwrotu kosztów procesu, w tym kosztów zastępstwa procesowego według norm przepisanych w przypadku uwzględnienia roszczeń powoda, bądź w odmiennym przypadku przyznanie kosztów nieopłaconej pomocy prawnej udzielonej z urzędu według norm przepisanych za obie instancje, jednocześnie oświadczając, że koszty te nie zostały opłacone w całości ani w części.

Sąd Apelacyjny zważył, co następuje:

Apelacja jako bezzasadna podlegała oddaleniu.

Postępowanie apelacyjne, mimo że jest postępowaniem odwoławczym i kontrolnym, zachowuje charakter postępowania rozpoznawczego co oznacza, że sąd drugiej instancji ma pełną swobodę jurysdykcyjną, ograniczoną jedynie granicami zaskarżenia. W konsekwencji może, a jeżeli je dostrzeże – powinien, naprawić wszystkie naruszenia prawa materialnego, niezależnie od tego, czy zostały wyknięte w apelacji, pod warunkiem, że mieszczą się w granicach zaskarżenia. Sąd drugiej instancji nie może ograniczać się jedynie do oceny zarzutów skarżącego, lecz musi dokonać ponownych, własnych ustaleń, a następnie poddać je ocenie pod kątem prawa materialnego (por m.in. uzasadnienie wyroków Sądu Najwyższego z dnia lutego 2012 r. IV CSK 290/11 LEX nr 1136006 i z dnia 13 marca 2012 r. II PK 173/11 LEX nr 1211151).

Sąd Okręgowy aprobuje poczynione w rozpoznawanej sprawie przez Sąd I instancji ustalenia faktyczne, przyjmując je za własne, jak również aprobuje przedstawioną przez Sąd ocenę prawną. W konsekwencji zaskarżone postanowienie Sądu Rejonowego powinno ostać się w obrocie prawnym jako prawidłowe. Zarzuty podniesione w apelacji nie zasługiwały na uwzględnienie.

Za nietrafny należało uznać zarzut naruszenie przepisów postępowania w postaci art. 233 §1 k.p.c. Wbrew stanowisku apelującego Sąd pierwszej instancji nie przekroczył granic swobodnej oceny dowodów. Przeciwnie, ocena zebranego materiału dowodowego nastąpiła w sposób wszechstronny zgodny z zasadami logiki i doświadczenia życiowego. Zarzuty powoda mają jedynie charakter polemiczny. Apelujący nie wykazał, aby kwestionowana ocena dowodów była nielogiczna, sprzeczna z doświadczeniem życiowym.

Należy podkreślić, że kluczowym dowodem w rozpoznawanej sprawie, wobec konieczności pozyskania przez Sąd wiadomości specjalnych dla oceny zasadności roszczenia powoda, był dowód z opinii biegłego kardiologa. Zdarzeniem (wypadkiem ubezpieczeniowym) determinującym wypłatę odszkodowania było bowiem poddanie się przez powoda zabiegom ablacji. Należy podkreślić, że opinia biegłego nie została jako dowód skutecznie zakwestionowana przez żadną ze stron. Stanowiła zatem miarodajne źródło wiadomości specjalnych pozwalające na poczynienie przez Sąd ustaleń faktycznych w sprawie.

Jak prawidłowo przyjął Sąd Rejonowy, wykonane u powoda zabiegi stanowiły ablacje w rozumieniu § 2 katalogu metod leczenia specjalistycznego, a w konsekwencji w świetle § 1 i § 2 pkt 4 ogólnych warunków dodatkowego ubezpieczenia na wypadek leczenia specjalistycznego ubezpieczonego (tzw. (...)), co do zasadny podlegała rozważaniu odpowiedzialność odszkodowawcza pozwanego. Trafnie jednak Sąd pierwszej instancji uznał, że wobec treści § 6 ust. 1 (...), zachodziła konieczność, z wykorzystaniem wniosków wynikających z opinii biegłego, ustalenia, czy zdarzenie medyczne objęte zostało odpowiedzialnością ubezpieczeniową skoro ubezpieczyciel udzielił ochrony ubezpieczeniowej w zakresie leczenia specjalistycznego jedynie wskutek choroby stwierdzonej przez lekarza w okresie trwania odpowiedzialności ubezpieczyciela z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia lub wypadku zaistniałego w tym okresie. Bezsporną okolicznością jest przy tym, że odpowiedzialność ubezpieczyciela względem R. S. rozpoczęła się w dniu 1 lutego 2014 r. (w dniu zawarcia umowy ubezpieczenia), bez trzymiesięcznego okresu karencji określonego w § 5 w zw. z § 6 ust. 2 (...), ponieważ przyjęto kontynuację ubezpieczenia przez powoda. W tej sytuacji jedyną sporną kwestią między stronami pozostawało, czy choroba będąca przyczyną wykonania spornych zabiegów ablacji w okresie trwania umowy ubezpieczenia, trwa u powoda nieprzerwanie od 2011 r.. W ocenie Sądu Okręgowego, stanowisko Sądu Rejonowego, uznające w świetle opinii biegłego, że chodzi o tożsamą chorobę u powoda trwającą od 2011 r. jest prawidłowe.

Bezzasadnie apelujący w tej kwestii zarzucił tak naruszenie art. 233 k.p.c. w zakresie oceny dowodów przedstawionych w toku postępowania, jak i naruszenie art. 278 §1 k.p.c. poprzez błędne odczytanie treści opinii biegłego. Ustalenie Sądu pierwszej instancji, że mamy do czynienia w przypadku powoda z chorobą, która trwa od 2011 r., a jej przejawami są występujące arytmie nadkomorowe, znajduje potwierdzenie w treści opinii biegłego kardiologa. Biegły jednoznacznie wskazuje w opinii głównej i uzupełniającej, że cały wieloletni wywiad chorego od 2011 r. dotyczy napadowych arytmii nadkomorowych (...), których elementem leczenia były wykonane ablacje podskórne podłoża arytmii (str.3 opinii, k. 401). W opinii uzupełniającej biegły stwierdza, iż „na podstawie akt sprawy podtrzymuje, że u chorego występowała jedna grupa zaburzeń rytmu o różnej możliwej prezentacji, których leczenie prowadzono farmakologicznie oraz za pomocą ablacji przezskórnej” (k.429). Biegły używa sformułowania „przebieg choroby”, który stał się podstawą wykonania zabiegów ablacji. W ocenie Sądu Odwoławczego, treść opinii dawała zatem podstawę do wniosków przyjętych przez Sąd pierwszej instancji, że choroba powoda trwa od 2011 r., a jej przebieg warunkuje konieczność poddawania się w ramach procesu leczenia zabiegom ablacji.

Bezzasadność zarzutów naruszenia prawa procesowego skutkuje także uznaniem za bezzasadne zarzutów naruszenia prawa materialnego, to jest art. 6 k.c. i art.805 §1 k.c.. Sąd pierwszej instancji trafnie ocenił udowodnienie opinią biegłego kardiologa wystąpienia przesłanki egzoneracyjnej po stronie pozwanego w zakresie wyłączenia jego odpowiedzialności ubezpieczeniowej wobec powoda. Jak to wynika z § 6 ust. 1 (...) pozwany ubezpieczyciel

udzielił ochrony ubezpieczeniowej w zakresie leczenia specjalistycznego jedynie wskutek choroby stwierdzonej przez lekarza w okresie trwania odpowiedzialności ubezpieczyciela z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia lub wypadku zaistniałego w tym okresie. Choroba powoda trwa od 2011 r., a więc nie została stwierdzona w okresie udzielonej ochrony ubezpieczeniowej.

Reasumując, wobec tego, że zarzuty apelacji powoda nie podlegały uwzględnieniu, Sąd Okręgowy oddalił apelację jako bezzasadną na podstawie art.385 k.p.c..

O wynagrodzeniu pełnomocnika z urzędu powoda orzeczono na podstawie §16 ust. 1 pkt 1 w zw. z § 8 pkt 4 i w zw. z § 4 ust. 3 rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z 3 października 2016 r. w sprawie ponoszenia przez Skarb Państwa kosztów nieopłaconej pomocy prawnej udzielonej przez radcę prawnego z urzędu (Dz. U. 2019, poz. 68 t.j.).