

UZASADNIENIE

Powódka M. C. (1) wniosła pozew o zapłatę przeciwko pozwanemu (...) Company (...) z siedzibą w Gibraltarze, w którym domagała się zasądzenia kwoty 6000 zł z odsetkami ustawowymi od dnia 28 kwietnia 2015r. do dnia zapłaty oraz zwrotu kosztów procesu. W uzasadnieniu pozwu powódka podała, że przystąpiła do umowy ubezpieczenia zawartej przez S. C. z pozwanym zagranicznym zakładem ubezpieczeń, na podstawie której pozwany był obowiązany do zapłaty świadczenia w związku ze zdarzeniem objętym ubezpieczeniem - pobytem pozwanej w szpitalu. Powódka przebywała w szpitalu od 16 kwietnia 2015r. do 27 kwietnia 2015r. , a następnie zgłosiła roszczenie pozwanemu. Pośrednik ubezpieczeniowy 4 (...) Sp. z o.o. działający w imieniu i na rzecz pozwanego odmówił zapłaty świadczenia na rzecz powódki.

Pozwany (...) Company w Gibraltarze w odpowiedzi na pozew wniósł o oddalenie powództwa w całości i zasądzenie od pozwanej zwrotu kosztów procesu. W uzasadnieniu pisma procesowego pozwany podał, że powódka nie udowodniła swojego roszczenia, a także legitymacji procesowej biernej pozwanego w procesie.

Na rozprawie w dniu 10 maja 2018r. powódka podtrzymała żądanie, pozwany w piśmie procesowym z dnia 25 maja 2018r. podtrzymał dotychczasowe stanowisko.

Na rozprawie w dniu 7 czerwca 2018r. strony nie modyfikowały żądań i nie przedstawiły nowych twierdzeń.

Sąd ustalił następujący stan faktyczny:

S. C. zawarł umowę ubezpieczenia z (...) Company (...) z siedzibą w Gibraltarze, na podstawie której ubezpieczoną była także M. C. (1). Administratorem polisy była 4 (...) Sp. z o.o. w W.. Przedmiotem ubezpieczenia była hospitalizacja ubezpieczonego. W razie wystąpienia tego zdarzenia ubezpieczonemu przysługiwało świadczenie w kwocie 500 zł za każdy dzień hospitalizacji, dłuższy niż 2 dni w wyniku choroby lub uszkodzenia ciała.

Dowód:

- Polisa ubezpieczeniowa – k. 4 akt I C 455/16
- ogólne warunki ubezpieczenia - k. 43 akt I C 455/16

Począwszy od 8 lipca 2015r. M. C. (1) została uznana za osobę niepełnosprawną w stopniu umiarkowanym.

Dowód:

- orzeczenie o stopniu niepełnosprawności z 28.08.2015r. - k. 20

M. C. (1) przebywała w placówkach szpitalnych w celu leczenia, następnie otrzymywała od zakładu ubezpieczeń świadczenia za pobyt w szpitalu.

- przesłuchanie powódki - k.93-93v.

M. C. (1) uzyskała skierowanie do szpitala wystawione przez lekarza podstawowej opieki zdrowotnej z powodu zmian zwyrodnieniowym kręgosłupa. W okresie od 16 kwietnia 2015r. do 27 kwietnia 2015r. M. C. przebywała w Samodzielnym Publicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej w M. na Oddziale Reumatologii , gdzie rozpoznano rwę kulszową obustronną w przebiegu dyskopatii wielopoziomowej lędźwiowej, rwę barkową obustronną, nerwobóle międzyżebrowe i nadciśnienie tętnicze. W dniu 27 kwietnia 2015 roku M. C. została wypisana do domu w stanie ogólnym dobrym z zaleceniami co do dalszego leczenia w poradni lekarza rodzinnego.

Dowód:

- karta informacyjna leczenia szpitalnego – k. 80 akt I C 455/16.

M. C. (1) zgłosiła roszczenie o świadczenie z umowy ubezpieczenia wobec pośrednika ubezpieczeniowego 4L. D. Sp. o.o. w W.. Pismem z 5 października 2015r. Administrator polisy poinformował M. C. o odmowie wypłaty świadczenia za hospitalizację w dniach od 16.04 do 27.04.2015r. W kolejnych pismach adresowanych do ubezpieczonej pośrednik ubezpieczeniowy podtrzymywał swoje stanowisko.

Dowód:

-pismo 4 (...) Sp. z o.o. z 05.10.2015r. - k. 5 akt I C 445/16 ,

- pisma 4 (...) Sp. z o.o. – k. 6-10 akt I C 455/16.

Sąd zważył, co następuje:

Powództwo okazało się zasadne.

Powódka dochodziła roszczenia o zapłatę na podstawie art. 805 § 1 i 2 k.c. oraz art. 15 ust. 1

ustawy z 11 września 2015r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej (Dz. U. Z 218r., poz. 999). W myśl 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 polega w szczególności na zapłacie: 1) przy ubezpieczeniu majątkowym - określonego odszkodowania za szkodę powstałą wskutek przewidzianego w umowie wypadku; 2) przy ubezpieczeniu osobowym - umówionej sumy pieniężnej, renty lub innego świadczenia w razie zajścia przewidzianego w umowie wypadku w życiu osoby ubezpieczonej.

Stosownie do art. 15 ust. 1 ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej zakład ubezpieczeń udziela ochrony ubezpieczeniowej na podstawie umowy ubezpieczenia zawartej z ubezpieczającym.

Umowa ubezpieczenia stanowiąca podstawę powództwa została zawarta przez ubezpieczającego – S. C. z pozwanym , powódka w tym stosunku prawnym była ubezpieczoną. Umowa ubezpieczenia została zawarta w imieniu i na rzecz pozwanego – zagranicznego zakładu ubezpieczeń przez pośrednika ubezpieczeniowego – 4 (...) Sp. z o.o. w W..

Pozwany zakład ubezpieczeń zaprzeczył, aby ponosił odpowiedzialność względem powódki z uwagi na brak zajścia zdarzenia uzasadniającego wypłatę świadczenia z umowy określonego w ogólnych warunkach ubezpieczenia.

Wysokość świadczenia oraz zdarzenia , których ziszczenie uprawniało powódkę do świadczenia wskazywały ogólne warunki ubezpieczenia, stanowiące wzorzec umowy, o którym mowa w art. 384 k.c. W OWU ustalono, że świadczenie ubezpieczyciela zostanie wypłacone za okres hospitalizacji dłuższy niż 2 dni w wyniku choroby lub uszkodzenia ciała. Zgodnie z definicją zawartą w § 2 ogólnych warunków ubezpieczenia hospitalizacją jest pobyt w szpitalu służący zachowaniu , przywracaniu lub poprawie zdrowia chorego na zlecenie lekarza, włącznie z dniem przyjęcia. Pozwany wskazywał, że pobyt powódki w szpitalu w okresie od 16 kwietnia do 27 kwietnia 2015 roku nie odpowiadał tej definicji hospitalizacji albowiem w skierowaniu do szpitala wystawionym przez lekarza podstawowej opieki zdrowotnej wskazano, że zostało ono wydane na żądanie powódki, na co wskazuje sformułowanie „on demand” (k. 62 akt I C 455/16).

Stanowisko pozwanego nie uzasadnia odmowy spełnienia świadczenia z umowy ubezpieczenia. W pierwszej kolejności zaznaczyć należy, że życzenie czy żądanie pacjenta aby zostało mu udzielone skierowanie do szpitala nie stanowi przeszkody do przyjęcia , że do hospitalizacji w rozumieniu OWU doszło. W myśl cytowanej definicji hospitalizacji musi ona mieć podstawę w skierowaniu lekarza i takie skierowanie powódce zostało wydane. Bez skierowania powódka nie zostałaby przyjęta do leczenia w szpitalu. Zgodnie z art. 58 ustawy z 27 sierpnia 2004r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. Z 2018r., poz. 912) świadczeniobiorca ma prawo

do leczenia szpitalnego w szpitalu, który zawarł umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, na podstawie skierowania lekarza, lekarza dentystry lub felczera, jeżeli cel leczenia nie może być osiągnięty przez leczenie ambulatoryjne. Samo żądanie powódki byłoby zatem niewystarczające do uzyskania przyjęcia do szpitala, a cel leczenia szpitalnego musi być ustalony przez lekarza wystawiającego takie skierowanie. Lekarz wystawił skierowanie po zbadaniu pacjentki i analizie dokumentacji medycznej. Dodatkowo wskazać należy, że powódka wielokrotnie wcześniej korzystała z leczenia szpitalnego i otrzymywała świadczenie z umowy ubezpieczenia od pozwanego, a schorzenie które było powodem leczenia szpitalnego w 2015 roku istnieje od 1994 roku. W tej sytuacji Sąd przyjął, że ziszcilo się zdarzenie, z którym umowa ubezpieczenia wiązała obowiązek świadczenia pozwanego na rzecz powódki jako ubezpieczonej. Mając na uwadze powyższe okoliczności Sąd zasądził od pozwanego R. I. ((...)) Company (...) na rzecz powódki M. C. (1) kwotę 6.000 zł jako iloczyn świadczenia za każdy dzień hospitalizacji (500 zł) i 12 dni leczenia szpitalnego powódki wraz z odsetkami ustawowymi od dnia 15 października 2015 roku do dnia 31 grudnia 2015 roku i odsetkami ustawowymi za opóźnienie od 1 stycznia 2016 roku.

Powódka domagała się zasądzenia odsetek ustawowych od dnia 28 kwietnia 2015r. do dnia zapłaty, jednakże zgodnie z art. 481 § 1 k.c. odsetki przysługują za czas opóźnienia w spełnieniu świadczenia pieniężnego. Opóźnienie w spełnieniu świadczenia pieniężnego oznacza stan, w którym wierzyciel może domagać się zapłaty wymagalnego świadczenia. Okoliczności, że roszczenie jest wymagalne i od kiedy, wobec czego dłużnik pozostaje w opóźnieniu winny zostać udowodnione zgodnie z rozkładem ciężaru dowodowego, obowiązek ten spoczywa na powodzie. Powódka nie przedstawiła dowodów wskazujących kiedy zgłosiła pozwanemu roszczenie o zapłatę świadczenia z umowy ubezpieczenia w związku z leczeniem szpitalnym w okresie od 16 kwietnia 2015 roku, przedłożyła natomiast pisma sporządzone i doręczone jej przez pośrednika ubezpieczeniowego 4 (...) Sp. z o.o. w W., z których wynika że najpóźniej w dniu 15 października 2015 roku pozwany zakład ubezpieczeń miał informację o zgłoszeniu roszczenia powódki i upłynął 30-dniowy okres niezbędny do wyjaśnienia przez pozwanego okoliczności potrzebnych do oceny zasadności roszczenia powódki i spełnienia świadczenia (art. 817 § 1 k.c.).

Żądanie zapłaty odsetek ustawowych od dnia 28 kwietnia 2015 roku do dnia 14 października 2015 roku oddalono wobec tego jako niezasadne.

O obowiązku zapłaty przez pozwanego nieuiszczonych kosztów sądowych orzeczono na podstawie art. 113 ust. 1 ustawy o kosztach sądowych w sprawach cywilnych. Pozwany przegrał proces w całości, zatem jest obowiązany uiścić koszty, które nie zostały zapłacone w toku procesu. Na koszty te, w łącznej wysokości 878,76 zł złożyła się opłata od pozwu, od której powódka została zwolniona (250 zł) oraz wynagrodzenie tłumacza przysięgłego ustalone postanowieniami Sądu z 26 października 2017 roku (369,86 zł - k. 26) i 27 grudnia 2017 roku (258,90 zł – k. 54) za tłumaczenie pism doręczonych wraz z pozwem pozwanemu.