

Sygn. akt: I C 461/17

WYROK W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 28 marca 2018 r.

Sąd Okręgowy w Olsztynie I Wydział Cywilny

w składzie następującym:

Przewodniczący:	SSO Wojciech Waclaw
Protokolant:	sekretarz sądowy Joanna Kamińska

po rozpoznaniu w dniu 28 marca 2018 r. w Olsztynie

na rozprawie

sprawy z powództwa **E. T. i T. T. (1)**

przeciwko (...) (Spółce Akcyjnej) Oddział w P. z siedzibą w G.

o zapłatę

I zasądza od pozwanego **(...)(Spółki Akcyjnej) Oddział w P. z siedzibą w G.** na rzecz powodów **E. T. i T. T. (1)** łącznie kwotę 127 714,60 zł (sto dwadzieścia siedem tysięcy siedemset czternaście 60/100) tj. po 63 857,30 na rzecz każdego z nich wraz odsetkami ustawowymi za opóźnienie od dnia 16 marca 2015 r. do dnia zapłaty.

II oddala powództwo w pozostałej części;

III zasądza od pozwanego na rzecz powodów kwotę 2331,- zł tytułem zwrotu kosztów procesu;

IV nakazuje ścignąć od pozwanego na rzecz Skarbu Państwa (Sąd Okręgowy w Olsztynie kwotę 6062,- zł tytułem części opłaty od pozwu, od ściągnięcia pozostałej części tej opłaty od powodów odstepując.

Sygn. akt I C 461/17

UZASADNIENIE

T. T. (1) i E. T. wniesli o zasądzenie od pozwanej (...) Oddział w P. kwot po 293 876 zł z odsetkami ustawowymi za opóźnienie od dnia 28 lutego 2015 r. do dnia zapłaty tytułem wypłaty świadczenia należnego A. T. z tytułu wypadku ubezpieczeniowego przewidzianego umową ubezpieczenia zawartą z pozwaną potwierdzoną polisą numer (...) z dnia 18 lipca 2014 r. oraz zasądzenie od pozwanej na rzecz powodów kosztów zastępstwa procesowego według norm przepisanych.

W uzasadnieniu powodowie wskazali, że są spadkobiercami po zmarłym A. T., który zawarł z pozwaną umowę ubezpieczenia kosztów leczenia i transportu w podróży zagranicznej, jakiej dotyczy spór. A. T. w związku z planowaną podróżą do I.w dniu 18 lipca 2014 r. zawarł z (...) Oddział w P. umowę ubezpieczenia kosztów leczenia i transportu w podróży zagranicznej. Umowa została zawarta w wariantcie (...) na okres od dnia 30 lipca 2014 r. do dnia 14 września 2014 r. z zakresem terytorialnym Świat. Zgodnie z zawartą umową ubezpieczenia suma ubezpieczenia wynosiła

w przypadku kosztów leczenia i transportu 150 000 Euro, umowa przewidywała rozszerzoną odpowiedzialność pozwanej na wypadek następstw chorób przewlekłych do kwoty 30 000 zł Euro.

Podczas podróży w trakcie pobytu na wyspie B. A. T. zachorował i musiał być hospitalizowany, początkowo na wyspie B. w (...). Następnie z uwagi na pogarszający się stan zdrowia i brak odpowiedniej opieki medycznej A. T. został przetransportowany do (...)w S., gdzie był leczony i zmarł. W dniu 19 września 2014 r. rodzina A. T. została poinformowana, że suma ubezpieczenia w kwocie 30 tys. euro została wyczerpana, ochrona ubezpieczeniowa wygasła i pozwana odmówiła dalszego finansowania leczenia i transportu. W ocenie powodów, w świetle zapisów OWU pozwana powinna pokryć koszty leczenia, tym bardziej, że nie zachodziły przesłanki odpowiedzialności wyłączenia odpowiedzialności pozwanej. Na koszty ubezpieczenia i transportu A. T. nieopłacone przez pozwaną składają się następujące kwoty: 1 823 380 rupii - koszt leczenia w (...)na B., 115 684,74 dolarów singapurskich - koszt leczenia w (...)w S., 8 300 dolarów amerykańskich - koszt leczenia w (...) w S., 4 800 dolarów amerykańskich - koszt leczenia w (...)w S., 4 329,2 dolarów singapurskich koszt kremacji i sprowadzenia do Polski prochów A. T. oraz kwota 75 800 koszt międzynarodowego lotniczego transportu medycznego z B. do S.. Przeliczone koszty w walutach obcych stanowią równowartość 587 751,47 zł.

Pozwany (...) Oddział w P. wniósł o oddalenie powództwa w całości oraz zasądzenie od powodów na rzecz pozwanego solidarnie kosztów postępowania.

Uzasadniając swoje stanowisko pozwany w pierwszej kolejności zakwestionował legitymację po stronie powodów. W ocenie pozwanego roszczenie objęte przedmiotowym pozwem nie powstało za życia ubezpieczonego A. T. i nie wchodzi w skład masy spadkowej W szczególności pozwany podniósł, że ubezpieczony A. T. nie kwestionował treści umowy ubezpieczenia ani wynikającego z umowy limitu wysokości sumy ubezpieczenia dotyczącego leczenia chorób przewlekłych w wysokości 30 000 Euro. Ubezpieczony nie reprezentował również stanowiska, aby były należne mu świadczenia ze strony ubezpieczyciela w zakresie przewyższającym sumę ubezpieczenia chorób przewlekłych tj. 30 tysięcy Euro. Z załączonych od pozwu dokumentów nie wynika ponadto aby to ubezpieczony A. T. pokrywał dodatkowe koszty leczenia i transportu. Brak jest także dowodów na to, że powodowie ponieśli jakiegokolwiek koszty w tym zakresie. Powodowie nie są także „osobami uprawnionymi” na podstawie umowy ubezpieczenia do występowania z roszczeniem w zakresie ubezpieczenia kosztów leczenia. Ponadto suma ubezpieczenia w zakresie kosztów leczenia chorób przewlekłych nie wynosi 180 000 Euro, nie potwierdza tego treść umowy. Zgodnie z umową i mającymi do niej zastosowanie Ogólnymi Warunkami Ubezpieczenia (...)zakres podstawowy ubezpieczenia z sumą ubezpieczenia 150 000 Euro nie obejmuje konsekwencji zachorowań na choroby przewlekłe. Natomiast w zakresie chorób przewlekłych limit sumy ubezpieczenia wynosi 30 000 Euro. Pozwany wskazał też, że A. T. zmarł 19 września 2014 r. z powodu zaostrzeń dolegliwości w postaci niedokrwienności jelita w przebiegu chorób przewlekłych marskości wątroby i choroby Crohna. W trakcie choroby ubezpieczyciel wykonując swoje obowiązki z umowy ubezpieczenia był w bieżącym kontakcie z chorym i jego rodziną, podmiotami leczniczymi za granicą, udzielał wszelkich koniecznych informacji i konsultacji, opłacał koszty związane z leczeniem aż do wyczerpania limitu odpowiedzialności.

W ocenie pozwanego w całości wywiązał się on z zawartej umowy ubezpieczenia, pokrywając koszty związane z leczeniem A. T. w kwocie 30 000 Euro i poinformował o wyczerpaniu sumy ubezpieczenia. Co więcej pozwany podniósł, że ubezpieczyciel opłacił koszty leczenia w wysokości 33 000 Euro bowiem istniała konieczność podejmowania czynności medycznych, suma ubezpieczenia wyczerpała się w ich trakcie, a brak było innych środków. Pozwany zatem dołożył wszelkich starań by udzielić pomocy w zakresie zdecydowanie przekraczającym obowiązki i zakres odpowiedzialności wynikający z umowy ubezpieczenia. Nadto pozwany zakwestionował sposób wyliczeń wysokości roszczenia jak i sam fakt poniesienia kosztów leczenia i transportu przez powodów.

Sąd ustalił następujący stan faktyczny:

W dniu 18 lipca 2014 r. A. T. zawarł umowę ubezpieczenia z (...)z siedzibą w M. Oddział w P., której przedmiotem było poniesienie przez ubezpieczyciela ryzyka poniesienia kosztów leczenia i transportu w podróży zagranicznej, a zakres ochrony obejmował region całego świata w okresie od dnia 30 lipca 2014 r. do dnia 14 września 2014 r. Suma

ubezpieczenia określająca limit odpowiedzialności w zakresie kosztów leczenia i transportu wyniosła 150 000 Euro, w ramach następstw chorób przewlekłych 30 000 Euro oraz 30 000 Euro w zakresie uprawiania sportów wysokiego ryzyka.

dowód: polisa, k. 23; ubezpieczenia krótkoterminowe, k. 32-35; załącznik do polisy nr (...) z dnia 18 lipca 2014 r., k. 279

Przedmiotem ubezpieczenia były niezbędne i udokumentowane koszty leczenia poniesione przez ubezpieczonego w trakcie podróży zagranicznej w związku z jego nagłym zachorowaniem lub nieszczęśliwym wypadkiem, wymagającym udzielenia natychmiastowej pomocy medycznej objętej ochroną ubezpieczeniową powstałym w okresie odpowiedzialności a także koszty transportu, zaś w razie śmierci koszty przewozu zwłok do kraju zamieszkania lub pogrzebu za granicą (§ 35).

Do w/w kosztów zaliczono koszty leczenia szpitalnego w tym pobyt w szpitalu, honoraria lekarskie oraz badania i zabiegi zalecone przez lekarza prowadzącego leczenie, leczenia ambulatoryjnego, zaleconych przez lekarza operacji nagłych koniecznych do przeprowadzenia niezwłocznie po wystąpieniu objawów, związane z powikłaniami po ciąży do 32 tygodnia oraz przedwczesnym porodem, leczenia stomatologicznego, zakupu lekarstw, środków opatrunkowych i płynów infuzyjnych zaleconych przez lekarza, zakupu przedmiotów ortopedycznych i środków pomocniczych, gdy są niezbędne w trakcie leczenia poza granicami, naprawy i zakupu okularów oraz naprawy protez uszkodzonych wskutek nieszczęśliwego wypadku, dojazdu do lekarza z najbliższego miejsca zamieszkania oraz dojazdu lekarza z najbliższego miejsca zakwaterowania placówki służby zdrowia o ile wymaga tego stan zdrowia ubezpieczonego.

Ubezpieczyciel przyjął na siebie obowiązek pokrycia kosztów leczenia do dnia w którym stan zdrowia ubezpieczonego pozwalał na transport do kraju zamieszkania (§ 36).

Pod warunkiem istnienia odpowiedzialności z tytułu ubezpieczenia kosztów leczenia ubezpieczyciel miał pokryć koszty transportu medycznego z miejsca wypadku do najbliższej placówki służby zdrowia, transportu medycznego do innej placówki służby zdrowia za granicą w przypadku gdy wymagałby tego stan zdrowia ubezpieczonego potwierdzony pisemnym zaleceniem lekarza prowadzącego leczenie, transportu medycznego do miejsca zakwaterowania ubezpieczonego po udzieleniu pomocy medycznej, transportu po zakończeniu leczenia do miejsca z którego podróż może być kontynuowana, transportu medycznego do placówki służby zdrowia najbliższego miejscu zamieszkania ubezpieczonego w kraju zamieszkania ubezpieczonego w przypadku gdy wymagałby tego stan zdrowia ubezpieczonego, zgodnie z pisemnym zaleceniem lekarza prowadzącego leczenie, transportu powrotnego do miejsca zamieszkania ubezpieczonego w kraju zamieszkania jeśli powrót nie może odbywać się zaplanowanym środkiem transportu, a także transportu zwłok do miejsca pochówku w kraju zamieszkania lub kremacji oraz zakupu i transportu urny albo pogrzebu za granicą. W przypadku pogrzebu za granicą górny limit odpowiedzialności (...) wynosi równowartość 1000 EUR.

W razie zorganizowania transportu we własnym zakresie przez ubezpieczonego lub osoby trzecie w wypadku śmierci ubezpieczonego ubezpieczyciel zobowiązał się do zwrotu poniesionych kosztów do wysokości kosztów jakie poniosłoby (...) organizując przedmiotowy transport (§37).

Ubezpieczyciel miał obowiązek ponieść odpowiedzialność maksymalnie do wysokości sumy ubezpieczenia wskazanej w dokumencie ubezpieczenia z uwzględnieniem limitów określonych wyżej. Na wniosek ubezpieczającego za opłatą dodatkowej składki z zachowaniem niezmienionych pozostałych postanowień niniejszych OWU, zakres ochrony w ramach ubezpieczenia kosztów leczenia i transportu może zostać rozszerzony o ryzyko nagłych zachorowań powstałych w skutek leczenia zaostrzeń (nasilenia dolegliwości) lub powikłań chorób przewlekłych z powodu których ubezpieczony był leczony lub też nie leczony mimo wiedzy, że jest chory w okresie 12 miesięcy przed datą zawarcia umowy ubezpieczenia (§ 37; § 40).

Z zakresu ochrony ubezpieczeniowej, ponad ogólnych włączeń odpowiedzialności ubezpieczonego zawartych w § 18, wyłączone były koszty:

- leczenia, które było powodem odbycia podróży,
- leczenia o którego konieczności przeprowadzenia lub kontynuowania ubezpieczony wiedział przed podróżą, lub jeśli istniały przeciwwskazania medyczne w do odbycia podróży,
- leczenia skutków niepoddania się obowiązkowym szczepieniom lub innym zabiegom prewencyjnym koniecznym przed podróżą do kraju, w którym są one wymagane,
- leczenia chorób powstałych wskutek epidemii chorób zakaźnych, które wybuchły i zostały ogłoszone przez władze docelowego kraju podróży w środkach masowego przekazu przed rozpoczęciem podróży przez ubezpieczonego,
- leczenia chorób powstałych w skutek epidemii chorób zakaźnych, które wybuchły i zostały ogłoszone przez władze docelowego kraju podróży w środkach masowego przekazu przed rozpoczęciem podróży przez ubezpieczonego,
- leczenia stomatologicznego wykraczającego poza zakres udzielania natychmiastowej pomocy medycznej,
- zabiegu usunięcia ciąży o ile nie został on wykonany w celu ratowania życia lub zdrowia,
- operacji plastycznych lub zabiegów kosmetycznych,
- zakupu protez oraz naprawy protez stomatologicznych,
- leczenia choroby alkoholowej oraz jej zaostrzeń lub powikłań, a także leczenia wszelkich uzależnień,
- leczenia skutków zażywania leków nie przepisanych przez lekarza lub przepisanych ale stosowanych niezgodnie z zaleceniami,
- leczenia przez lekarza będącego członkiem rodziny ubezpieczonego, chyba, że wyrazi na to zgodę (...),
- leczenia w przypadku gdy ubezpieczony odmówił powrotu do kraju zamieszkania mimo, iż pozwalał na to jego stan zdrowia,
- leczenia zaostrzeń lub powikłań chorób przewlekłych z powodu których ubezpieczony był leczony lub też nie leczył się pomimo wiedzy, że jest chory w okresie 12 miesięcy przed datą zawarcia umowy ubezpieczenia, o ile ubezpieczony nie rozszerzył o tę okoliczność ubezpieczenia (§ 39).

W razie zajścia wypadku ubezpieczeniowego ubezpieczony był zawiadomić ubezpieczyciela o zajściu wypadku ubezpieczeniowego niezwłocznie, nie później niż w ciągu trzech dni od daty jego powstania lub daty uzyskania o nim wiadomości. W razie naruszenia tego obowiązku z winy umyślnej lub rażącego niedbalstwa ubezpieczony może odpowiednio zmniejszyć odszkodowanie lub świadczenie jeżeli naruszenie przyczyniło się do zwiększenia szkody lub uniemożliwiło ubezpieczycielowi ustalenie okoliczności i skutków wypadku ubezpieczeniowego. W razie zajścia wypadku ubezpieczeniowego ubezpieczony był zobowiązany użyć dostępnych środków w celu ratowania przedmiotu ubezpieczenia oraz zapobieżeniu szkodzie lub zmniejszeniu jej rozmiarów a także zaniechać działań prowadzących do jej zwiększenia. W razie naruszenia tego obowiązku umyślnie lub w skutek rażącego niedbalstwa ubezpieczyciel jest wolny od odpowiedzialności za szkody powstałe z tego powodu. Ubezpieczyciel jest zobowiązany w granicach sumy ubezpieczenia zwrócić koszty wynikłe z zastosowania w/w środków jeśli środki te były celowe, chociażby okazały się bezskuteczne.

Ubezpieczony był zobowiązany umożliwić ubezpieczycielowi dokonanie czynności zmierzających do ustalenia okoliczności powstania wypadku ubezpieczeniowego, zasadności roszczenia i wysokości odszkodowania lub świadczenia, dostarczyć niezbędną dokumentację, udzielić pomocy i wyjaśnień, a gdy zachodzi taka konieczność

zwolnić lekarzy z obowiązku zachowania tajemnicy lekarskiej, stosować się do zaleceń ubezpieczyciela oraz (...), udzielić wszelkich niezbędnych informacji i pełnomocnictw, a także powiadomić ubezpieczyciela o zawarciu umowy ubezpieczenia z innym ubezpieczycielem obejmującej ryzyka ubezpieczone w ramach umowy o umowy ubezpieczenia zawartej z ubezpieczycielem z podaniem firmy tego ubezpieczyciela oraz gwarancyjnej sumy ubezpieczenia. Niedopełnienie któregokolwiek z obowiązków stanowiło podstawę do odmowy wypłaty odszkodowania lub świadczenia odpowiednio w całości lub części w zależności od tego w jakim stopniu niedopełnienie obowiązków wpłynęło na ustalenie przyczyny wypadku ubezpieczeniowego odpowiedzialności za szkodę bądź wysokości odszkodowania lub świadczenia.

Ubezpieczyciel zastrzegł sobie też prawo do żądania dodatkowo innych dokumentów niezbędnych do ustalenia przyczyny wypadku ubezpieczeniowego, odpowiedzialności za szkodę bądź wysokości odszkodowania lub świadczenia a także prawo do weryfikacji dokumentów przedłożonych w toku postępowania likwidacyjnego oraz zasięgnięcia opinii specjalistów (§11).

Ponadto ubezpieczony był zobowiązany do następujących czynności:

- w przypadku leczenia szpitalnego niezwłocznie powiadomić o wypadku ubezpieczeniowym (...),
- w przypadku leczenia ambulatoryjnego uzyskać akceptację (...) w razie leczenia wykraczającego swoim zakresem poza jedną wizytę lekarską bądź w razie konieczności poniesienia kosztów powyżej równowartości 1000 Euro,
- w przypadku zakupu przedmiotów ortopedycznych i środków pomocniczych uzyskać akceptację na poniesienie przedmiotowych kosztów,
- zwolnić publiczne i niepubliczne zakłady opieki zdrowotnej oraz lekarzy u których ubezpieczony leczył się przed zajściem wypadku ubezpieczeniowego z obowiązku zachowania tajemnicy lekarskiej i wyrazić zgodę na udostępnienie dokumentacji z przebiegu leczenia,
- przedłożyć ubezpieczycielowi prawidłowo wypełniony formularz zgłoszenia roszczenia wraz z oryginałami dokumentów potwierdzających wysokość poniesionych kosztów, dokumentację medyczną zawierającą diagnozy lekarskie oraz innymi dokumentami zawierającymi informacje o zakresie udzielonej pomocy.

W razie śmierci ubezpieczonego osoba występująca z roszczeniem zobowiązana była dostarczyć kopię aktu zgonu oraz dokument potwierdzający przyczynę zgonu. Niedopełnienie któregokolwiek z obowiązków określonych wyżej stanowiło podstawę do odmowy wypłaty odszkodowania odpowiednio w całości lub w części w zależności od tego w jakim stopniu niedopełnienie obowiązków wpłynęłoby na ustalenie przyczyny wypadku ubezpieczeniowego odpowiedzialności za szkodę bądź wysokości odszkodowania (§ 41).

Ustalono, że odszkodowanie lub świadczenie wypłacane będzie w walucie polskiej z wyjątkiem kosztów zwracanych bezpośrednio za granicę wystawcom rachunków oraz świadczeń pieniężnych w ramach udzielania natychmiastowej pomocy w zakresie ubezpieczenia (...) pod warunkiem wcześniejszego ich zaakceptowania przez (...). Jeżeli wysokość roszczenia została określona na podstawie rachunków lub dokumentów a odszkodowanie ma zostać wypłacone w walucie polskiej przelicza się je na walutę polską według średniego kursu walut NBP z dnia poprzedzającego dzień ustalenia odszkodowania (§ 12).

dowód: ogólne warunki ubezpieczenia, k. 24-31

W trakcie pobytu na wyspie B., A. T. w związku z przedłużającą się biegunką zgłosił w dniu 11 sierpnia 2014 roku się do Szpitala (...). Lekarze świadczący pomoc w (...)zdiagnozowali, iż A. T. zaraził się amebą. Wszczęto niezbędne leczenie, którego skutkiem była lekka poprawa stanu zdrowia, niemniej jednak krwawa biegunka się utrzymywała. Początkowo koszty leczenia wynoszące 1 823 380 dolarów indonezyjskich opłacił kartą sam A. T.. Lekarze podejrzewali, że zakażenie amebą mogło spowodować nawrót choroby Leśniowskiego – Crohna, na którą powód cierpiał w 1997 roku, lecz nie leczył się od dawna. W dniu 15 sierpnia stan pacjenta zaczął się pogarszać, wykonane badania

wykazały szybko postępujące upośledzenie nerek i wątroby. Lekarze przypuszczali, że zespół wątrobowo – nerkowy mógł być komplikacją po zakażeniu amebą. Nie wykluczono jednak, że wirusowe zapalenie wątroby typu B oraz choroba Leśniewskiego – Crohna miały wpływ na rozwój choroby. Z uwagi na konieczność zastosowania dializy A. T. został przewieziony w dniu 16 sierpnia do szpitala (...) w D.. Z uwagi na brak niezwłocznego zabezpieczenia przez ubezpieczyciela środków na leczenie, który w tym czasie podejmował czynności zmierzające do ustaleniem ustalenia sposobów i zakresu udzielenia pomocy oraz granic swojej odpowiedzialności, ubezpieczony przebywał na oddziale ekonomicznym, w sali czteroosobowej w izbie na oddziale intensywnej terapii. Pacjent przebywał w m.in. w łóżku z niepraną pościelą, z uwagi na jakość podawanego jedzenia nie przyjmował pokarmu, nie był myty a opieka była na poziomie biegunowo odbiegającym od przyjętych ogólnie w tej mierze standardów właściwej opieki medycznej.

Dopiero w dniu 20 sierpnia 2014 r. w wyniku interwencji tamtejszego konsula RP, pozwana firma ubezpieczeniowa potwierdziła pokrycie kosztów do kwoty 30 000 Euro. W wyniku powyższego pacjent został przeniesiony do prywatnej sali, gdzie pozostawał pod kontrolą nefrologa i gastroenterologa.

Stan zdrowia na tym etapie wymagał przeprowadzenia transfuzji, nadto istniało ryzyko konieczności kontynuowania dializ. W trakcie pobytu w szpitalu nie wykonano żadnych specjalistycznych badań i z uwagi na brak grupy krwi pacjenta pacjentowi próbowano podać krew z innym odczynnikiem. Dopiero w wyniku zapewnienia o samodzielnym pokryciu wszelkich niezbędnych kosztów, podjęto wobec ubezpieczonego działania mające na celu zapewnienie odpowiedniego leczenia. W związku z kosztami leczenia w (...)ubezpieczyciel opłacił kwotę 75 dolarów amerykańskich oraz 18 838 dolarów amerykańskich. Wiadomością elektroniczną z dnia 28 sierpnia 2014 r. ubezpieczyciel poinformował rodzinę, że opłacone koszty wyczerpały sumę ubezpieczenia w wysokości 30 000 Euro a dalsze koszty leczenia będą musiały zostać poniesione przez ubezpieczonego.

W związku z wyczerpaniem możliwości leczenia w Szpitalu (...) w D. rodzina pacjenta wykonała czynności mające na celu przetransportowanie go do Szpitala w S., a następnie do Polski. Planowana trasa ewakuacji medycznej wyglądała następująco: D. – S.- D.- W. – O., lecz ostateczna decyzja co do przelotu na trasie S. – W. miała zostać podjęta przez lekarza po wylądowaniu w S., po ocenie jak pacjent zniósł pierwszy odcinek lotu.

Rodzina ubezpieczonego (przelew wykonał T. T. (2)) jako warunek udzielenia zgody na transport medyczny musiała wpłacić także depozyt w wysokości 13 100 (4800 + 8300) dolarów amerykańskich na pokrycie ewentualnych kosztów pobytu w

Szpitalu (...) w S.. Początkowo pacjent po wylądowaniu przebywał w klinice w S., które to koszty zobowiązał się ponieść ubezpieczyciel do wysokości 14 457, 70 Euro. W związku z brakiem możliwości przelotu do W. pacjent został skierowany do szpitala (...) w S.. Podczas pobytu pacjenta w (...)w S. dokonano niezbędnych badań, ustalając że stan pacjenta jest bardzo ciężki. Pacjent mimo tego, że nie przebywał w stanie śpiączki klinicznej, był w zasadzie nieprzytomny i nie było z nim żadnego kontaktu. Był zaintubowany w celu ułatwienia oddychania, cierpiał na całkowitą niewydolność wątroby i nerek, nadto krwawił z dolnego odcinka przewodu pokarmowego. Stan pacjenta był na tyle zły, że wykluczał jakąkolwiek formę ewakuacji medycznej. W związku z powyższym zaistniała konieczność poniesienia kosztów leczenia w wysokości 16 811, 97 dolarów singapurskich. Pewne koszty leczenia zostały pokryte w wyniku uzyskania środków z zbiórki pieniężnej, bezpośrednio opłaconych z konta (...). Nadto pozwany wpłacił sumę 22 868 dolarów singapurskich. Do zapłaty pozostała kwota 76 644, 73 dolarów amerykańskich. Za transport międzynarodowy z asystą medyczną pacjenta A. T. na trasie B. – S., rodzina powoda (przelew został wykonany przez W. T. (1)) zapłaciła kwotę 75 800 zł.

okol. bezsporne, , rachunek wystawiony przez (...), k. 49; wiadomości e-mail z dnia 19 sierpnia 2014 r., k. 80-81; wiadomości e-mail z dnia 2 września, k. 132, (...), k. 132; wiadomość elektroniczna z dnia 27 sierpnia 2014 r., k. 112; wiadomość elektroniczna z dnia 20 sierpnia, k. 109; wiadomość elektroniczna z dnia 28 sierpnia 2014 r., k. 107; wiadomość elektroniczna z dnia 26 sierpnia 2014 r., k. 103-104; wiadomość elektroniczna z dnia 23 sierpnia 2014 r., k. 101; wiadomość elektroniczna z dnia 18 sierpnia 2014 r, k. 99; wiadomość elektroniczna z dnia 18 sierpnia 2014 r., k. 79; wiadomość elektroniczna z dnia 2 września 2014 r, k. 136; wiadomość elektroniczna z dnia 4 września 2014 r., k. 137; wiadomość elektroniczna z dnia 5 września 2014 r, k. 138; wiadomość elektroniczna z dnia 8 września 2014 r.,

k. 140; wiadomość elektroniczna z dnia 8 września 2014 r., k.141; pismo z dnia 9 września 2014 r., k. 144; informacja o przebiegu transportu, k. 149; wiadomości elektroniczne z dnia 10 września, k. 146; statement od charges at 5.07.2014 r., k. 151-156; admission financial counselling form, k. 157; faktura nr (...), k. 45; faktura korekta nr (...), k. 46; zlecenie polecenia wypłaty; tax invoice, k. 42; polecenie wypłaty, k. 313; przelew na rachunek, k. 314; zeznania przesłuchanych na rozprawie w dniu 10 stycznia 2018 r. świadków: M. N., T. T. (2) oraz W. T. (2), k. 339-343; faktura i przelew, k. 40-402; faktura i przelew, k. 403-404; faktura, k. 407; przelew, k. 408.

A. T. zmarł w dniu 19 września 2014 r. Przyczyną śmierci według stwierdzającego zgon była niedokrwiennosc jelita oraz marskość wątroby. Natomiast za przyczynę poprzedzającą uznano chorobę Crohna. Ciało zostało poddane kremacji i następnie przetransportowane do Polski. Koszt powyższego wyniósł 4 329, 20 dolarów singapurskich. Koszt kremacji i transportu został zwrócony rodzinie przez pozwaną w formie darowizny w wysokości 5000 dolarów amerykańskich.

okol. bezsporne, akt zgonu wystawiony w S., k. 36-37; akt zgonu wystawiony przez Rzeczpospolitą Polską, k. 39; application for cremation, k. 52; wiadomość elektroniczna z dnia 19 września, k. 158

Spadek po A. T. zmarłym w S. dnia 19 września 2014 roku ostatnio zamieszkałym w N. nabyli w drodze dziedziczenia na podstawie ustawy ojciec E. T. w udziale wynoszącym 1/2 części oraz matka T. T. (1) w udziale wynoszącym 1/2 części.

dowód: akt poświadczenia dziedziczenia, k. 17-19; akt notarialny, k. 20-22

Pismem z dnia 19 lutego 2015 r. T. i E. T. wezwali pozwanego do spełnienia świadczenia z umowy ubezpieczenia zawartej przez A. T.

i potwierdzonej polisą numer (...) z dnia 18 lipca 2014 r. w terminie 7 dni od daty odebrania pisma. Powodowie wskazali, że na koszty leczenia i transportu A. T. dotychczas nieopłacone przez (...) Oddział w P. składają się kwoty 1 823 380 rupli, 75 800 zł, 115 684,74 dolarów singapurskich, 8 300 dolarów amerykańskich, 4 800 dolarów amerykańskich, 4 329, 20 dolarów singapurskich. Pismem z dnia 16 marca 2015 r. pozwany wskazał, że konieczność leczenia A. T. była konsekwencją choroby przewlekłej, które były objęte ochroną do kwoty 30 000 Euro, w związku czym odpowiedzialność ubezpieczyciela wygasła. Nadto ubezpieczyciel wskazał, że T. i E. T. nie są uprawnieni do występowania z roszczeniami z tytułu ubezpieczenia kosztów leczenia i transportu potwierdzonej polisą nr (...).

Pismem z dnia 13 marca 2017 r. T. i E. T. zawezwali pozwanego do próby ugodowej. Pozwany w odpowiedzi na zawiadomienie z wniosku E. T. o zawezwanie do próby ugodowej poinformował, że nie wyraża zgody na zawarcie ugody.

dowód: pismo z dnia 19 lutego 2015 r., k. 60-61; pismo z dnia 16 marca 2015 r., k. 63; wniosek o zawezwanie do próby ugodowej, k. 64-66; pismo z dnia 7 czerwca 2017 r., k. 68

Sąd zważył, co następuje:

Powództwo zasługuje na uwzględnienie, choć w pewnej jedynie jego części.

Podejmując przy tym procesową obronę w sprawie pozwany podniósł dwie zasadnicze kwestie, mianowicie brak ochrony ubezpieczeniowej w zakresie objętym żądaniem pozwu z uwagi na przyczynę choroby oraz zgonu osoby ubezpieczonej, co przekładać się miało właśnie na kwotowy zakres ubezpieczenia, nadto brak uprawnienia strony powodowej do dochodzenia roszczeń sformułowanych pozwem z uwagi na dobrowolne pokrycie wzmiankowanych kosztów przez osoby trzecie, nie będące osobami ubezpieczonymi bądź nie będącymi w myśl umowy beneficjentami świadczeń ubezpieczeniowych.

Istota sporu zatem w niniejszej sprawie ogniskowała się w pierwszej kolejności wokół ustalenia granic odpowiedzialności ubezpieczyciela wynikających zawartej z A. T. umowy ubezpieczenia w dniu 18 lipca 2014 r. skoro pozwany przede wszystkim w tym zakresie podnosił, że jego odpowiedzialność ograniczyła się tu do kwoty 30 000 Euro, kwestionując także poniesienie kosztów leczenia i transportu zarówno co do zasady jak i wysokości. Nadto z

uwagi na jego zgon i źródło środków na pokrycie kosztów i okoliczności tego pokrycia wyjaśnienia i ustalenia wymagała siłą rzeczy także legitymacja powodów żądających odszkodowania.

Nie było przy tym spornym to, iż pozwany zawarł w dniu 18 lipca 2014 r. z A. T. umowę ubezpieczenia, której to przedmiotem było poniesienie przez ubezpieczyciela ryzyka poniesienia kosztów leczenia i transportu w podróży zagranicznej a zakres ochrony obejmował region całego świata w okresie od dnia 30 lipca 2014 r. do dnia 14 września 2014 r. Bezspornym było także, iż suma ubezpieczenia określająca limit odpowiedzialności ubezpieczyciela w zakresie kosztów leczenia i transportu wyniosła w ogólności 150 000 Euro, w ramach opisanych w OWU następstw chorób przewlekłych 30 000 Euro oraz 30 000 Euro w zakresie uprawiania sportów wysokiego ryzyka.

Zgodnie z 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. W świetle zaś obowiązującego strony postanowienia § 35 OWU przedmiotem ubezpieczenia były niezbędne i udokumentowane koszty leczenia rozszerzone o następstwa chorób przewlekłych, poniesione przez ubezpieczonego w trakcie podróży zagranicznej w związku z jego nagłym zachorowaniem lub nieszczęśliwym wypadkiem, wymagającym udzielenia natychmiastowej pomocy medycznej objętej ochroną ubezpieczeniową powstałym w okresie odpowiedzialności, a także koszty transportu, zaś w razie śmierci koszty przewozu zwłok do kraju zamieszkania lub pogrzebu za granicą, pod warunkiem zaistnienia odpowiedzialności ubezpieczyciela z tytułu ubezpieczenia kosztów leczenia.

Treść wskazanych przepisów oraz korelujących z nimi postanowień samej umowy, w ocenie Sądu wskazuje na to iż prawny sposób realizacji umowy ubezpieczenia przybiera tu w zakresie zobowiązania się ubezpieczyciela do pokrycia kosztów leczenia postać umowy o zwolnienie z obowiązku świadczenia, uregulowanej w art. 392 k.c.

Zgodnie z treścią powołanego tu przepisu, jeżeli osoba trzecia (tu ubezpieczyciel) zobowiązała się przez umowę z dłużnikiem (tu ubezpieczonym) zwolnić go od obowiązku świadczenia, (tj. np. zapłaty kosztów leczenia, czy transportu do kraju) - jest ona odpowiedzialna względem dłużnika za to, że wierzyciel (tu np. szpital) nie będzie od niego żądał spełnienia świadczenia. Treścią takiej to umowy jest zobowiązanie o charakterze gwarancyjnym do zwolnienia dłużnika od obowiązku świadczenia, przy czym zwolnienie to może przyjąć dowolną formę (por. Z. Radwański (w:) System prawa cywilnego, t. III, cz. 1, s. 457). Chodzi zatem o zabezpieczenie interesu dłużnika w drodze kreowania nowego zobowiązania, o charakterze gwarancyjnym, ograniczającego ryzyko, jakie dłużnik ponosi wobec wierzyciela. Przedmiotem umowy o zwolnienie z długu mogą być wszelkie zobowiązania cywilnoprawne (por. Wyrok SN z dnia 15 lutego 2007 r., II CSK 372/06, LEX nr 274141). Nie budzi wątpliwości zarówno w doktrynie jak i judykaturze, iż zobowiązanie osoby trzeciej może dotyczyć także świadczenia przyszłego i będzie mieć wówczas charakter warunkowy: jego skuteczność uzależniona będzie od powstania owego długu w ramach ozne aczonego w umowie stosunku cywilnoprawnego (istniejącego lub przyszłego).

Przywołana konstrukcja wynika właśnie z faktu, iż ubezpieczyciel zobowiązuje się „pokryć” koszty leczenia. Określenie „pokryć” oczywiście oznacza tu co najmniej tyle co zapłacić za ubezpieczonego koszty nieuregulowane (a udokumentowane), czego też logiczną konsekwencją będzie zrefundowanie kosztów przez ubezpieczonego już ewentualnie uiszczonych, zatem w istocie „wyłożonych” w tym zakresie w myśl umowy za ubezpieczyciela.

Na gruncie niniejszej sprawy A. T. zawarł umowę z ubezpieczycielem, której istotą, oraz zgodnym i zamierzonym celem było to, że właśnie w razie wystąpienia konieczności leczenia lub transportu za granicą RP, to właśnie ubezpieczyciel (jako rzeczony gwarant) poniesie koszty z tym związane za dłużnika, którym wobec szpitala czy (odpowiednio przewoźnika) jako wierzyciela jest ubezpieczony pacjent, zobowiązany do pokrycia kosztów leczenia lub przewozu.

Nie ma przy tym racji sygnalizując, iż wszelkie decyzje związane z ponoszeniem kosztów winny być przez rodzinę ubezpieczonego podejmowane dopiero po jednoznacznym ich uzgodnieniu z pozwany.

Zgromadzony w sprawie materiał dowodowy pozwala na jednoznaczne stwierdzenie, że ubezpieczyciel nie tylko ostatecznie nie wywiązał się ze swoich obowiązków zgodnie z umową, lecz jego działanie można było uznać za niezdecydowane i do pewnego stopnia chwiejne.

W trakcie pobytu A. T. w Szpitalu na B. ubezpieczyciel co prawda pokrył ostatecznie koszty leczenia w (...), lecz w chwili uzyskania informacji o możliwym wpływie na stan zdrowia pacjenta zdiagnozowanej u niego w 1997 roku choroby Leśniewskiego – Crohna, zaczął równolegle podejmować kroki celem ustalenia ograniczenia swojej odpowiedzialności. Powyższe działania, a w szczególności brak potwierdzenia zapłaty kosztów leczenia spowodowały, że szpital (...) w D. początkowo nie podejmował niezwłocznego i efektywnego leczenia, koncentrując się w pierwszym rzędzie na utrzymaniu A. T. przy życiu. Potwierdzeniem pośrednim tych konstatacji jest to, iż wiadomością elektroniczną z dnia 28 sierpnia 2014 r. ubezpieczyciel poinformował rodzinę, że koszty wyczerpały sumę ubezpieczenia kosztów leczenia chorób przewlekłych w wysokości 30 000 Euro, w związku z czym dalsze koszty leczenia musiały zostać poniesione przez samego ubezpieczonego.

W szczególności pozwany powoływał się w tym zakresie na zapisy umowy tj. § 39, który to stanowił, że odpowiedzialność ubezpieczyciela była wyłączona w przypadku leczenia zaostrzeń lub powikłań chorób przewlekłych z powodu których ubezpieczony był leczony lub też nie leczył się pomimo wiedzy, że jest chory w okresie 12 miesięcy przed datą zawarcia umowy ubezpieczenia, o ile ubezpieczony nie rozszerzył o tę okoliczność ubezpieczenia. Wobec faktu, iż A. T. rozszerzył na tę okoliczność ubezpieczenie do wysokości 30 000 Euro w myśl § 40 ubezpieczyciel ocenił, iż jego odpowiedzialność ogranicza się właśnie do tej kwoty. Działania i stanowisko pozwanego jednakże zmierzające do uwolnienia się od odpowiedzialności w tym zakresie Sąd ocenił jako sprzeczne z treścią umowy.

Pozwany wbrew ciężącemu na nim obowiązkowi procesowemu (o czym będzie jeszcze mowa) w żaden sposób nie wykazał tu okoliczności mających stanowić przesłankę uzasadniającą odmowę dalszego wykonania postanowień umowy. Podkreślić bowiem należy, że lekarze prowadzący A. T. jedynie podejrzewali, iż zakażenie amebą mogło spowodować nawrót choroby Leśniewskiego – Crohna, a wirusowe zapalenie wątroby typu B oraz choroba Leśniewskiego – Crohna miały kluczowy wpływ na rozwój choroby. Co więcej lekarze zdiagnozowali, iż przyczyną główną i pierwotną, mającą wpływ na stan zdrowia pacjenta było zakażenie amebą, zatem okoliczność nagła i w ogóle nieprzewidywalna o typowych cechach z punktu widzenia losowego „wypadkowych”.

Stąd, nie ma w okolicznościach niniejszej sprawy obiektywnie, procesowo uzasadnionych podstaw by, z samego faktu bardziej lub mniej epizodycznego wcześniejszego przebycia bądź leczenia się na chorobę Leśniewskiego – Crohna, wyprowadzać wniosku o istnieniu podstawy do dalszej odmowy wypłaty świadczenia.

Zauważyć jedynie dodatkowo należy, iż samo występowanie choroby przewlekłej jako przyczyny odmowy udzielenia ochrony i wypłaty świadczeń było obwarowane dodatkowymi wymogami, mianowicie tym, że zaostrzenie lub powikłanie chorób przewlekłych dotyczyło jedynie takich chorób, z powodu których ubezpieczony był leczony lub też nie leczył się pomimo wiedzy, że jest chory w okresie 12 miesięcy przed datą zawarcia umowy ubezpieczenia.

Jest to zatem warunek, który musiał wystąpić kumulatywnie z chorobą przewlekłą, której zaostrzenie lub nasilenie wymagało leczenia za granicą i winien być na tych samych zasadach i z tymi samymi konsekwencjami procesowymi w toku postępowania wykazany, a w ocenie Sądu o czym będzie mowa – nie został

Podkreślić w tym miejscu wypada, że w ramach toczącego się procesu pozwany podnosił, iż jego odpowiedzialność z tytułu zawartej umowy ograniczała się do kwoty 30 000 Euro, a nie obejmowała leczenia ponad tę kwotę, gdyż koszty leczenia A. T. wynikały właśnie z chorób przewlekłych, której to drugie ubezpieczenie do kwoty wyższej już nie obejmowało.

Powtórzyć zatem jeszcze raz należy, iż zgodnie z rozkładem ciężaru dowodu (art. 6 kc) strony postępowania cywilnego winny wykazywać tylko te fakty, z których wywodzą określone skutki prawne.

Jeżeli zatem, - co szerszego uzasadnienia nie wymaga - pozwany przy bezspornym wystąpieniu choroby i bezspornym fakcie leczenia oraz związanych z tym występujących oczywistych kosztów możliwości odmowy wypłaty odszkodowania tj. zwrotu kosztów transportu i leczenia upatrywał w wystąpieniu zdarzenia czy szerszej okoliczności wyłączającej lub ograniczającej jego odpowiedzialność – to właśnie on winien w okolicznościach przedmiotowej sprawy okoliczność tę wykazać.

Nie trzeba w tym miejscu przypominać, że procesie cywilnym zasadą jest, że strony mają obowiązek nie tylko przedstawienia twierdzeń, lecz również (a w zasadzie przede wszystkim) dowodzenia tych wszystkich okoliczności (faktów), które stosownie do art. 227 k.p.c. mogą być przedmiotem dowodu. Tzw. fakty negatywne mogą być dowodzone za pomocą dowodów faktów pozytywnych przeciwnych, których istnienie wyłącza twierdzoną okoliczność negatywną.

W związku z tym faktów, z których wywodzone jest dochodzone roszczenie, powinien w zasadzie dowieść powód; dowodzi on również fakty uzasadniające jego odpowiedź na zarzuty pozwanego.

Pozwany dowodzi zaś fakty uzasadniające jego zarzuty przeciwko roszczeniu powoda, zatem faktów tamujących oraz niweczących roszczenie powinien dowieść przeciwnik tej strony, która występuje z roszczeniem, czyli z zasady – pozwany (por. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 29.09.2005 r., III CK 11/05).

Nadto z prawem dopuszczenia dowodu z urzędu nie wiąże się obowiązek poszukiwania dowodów przez Sąd. Takie działania sądu musiałyby zostać potraktowane jako naruszenie zasady równości stron (por. Wyrok Sądu Apelacyjnego w Szczecinie z dnia 27 marca 2017 r., I ACa 769/16).

Skoro pozwany nie wykazał twierdzeń mających stanowić o ograniczeniu jego odpowiedzialności, ocenić należy, iż w zakresie ponoszenia kosztów leczenia i transportu odpowiadał on do wysokości 150 000 Euro- zgodnie ze stanowiskiem powodów.

Biorąc pod uwagę powyższe okoliczności, Sąd działając na podstawie art. 217 § 3 kpc oddalił wniosek dowodowy powodów o powołanie biegłego lekarza specjalisty jako zbędny dla przesądzenia w tym zakresie zasady żądania.

Nie może zatem ulegać wątpliwości, że pozwany nie wykonał obowiązku pokrycia kosztów leczenia oraz transportu, które przyjął na siebie w chwili zawarcia umowy. Niewykonanie obowiązków wynikających z umowy o zwolnienie z obowiązku świadczenia rodzi odpowiedzialność odszkodowawczą na zasadach ogólnych. Zgodnie z art. 471 k.c., dłużnik obowiązany jest do naprawienia szkody wynikłej z niewykonania lub nienależytego wykonania zobowiązania, chyba że niewykonanie lub nienależyte wykonanie jest następstwem okoliczności, za które dłużnik odpowiedzialności nie ponosi. Granice odpowiedzialności wyznacza m.in. art. 361 § 1 k.c., który stanowi, że zobowiązany do odszkodowania ponosi odpowiedzialność tylko za normalne następstwa działania lub zaniechania, z którego szkoda wynikła. Roszczenie o naprawienie szkody przez osobę trzecią jak miało miejsce w tym wypadku powstaje, gdy dłużnik (bądź jakakolwiek osoba w jego imieniu i na jego rachunek (jak miało miejsce w tym wypadku) – na żądanie wierzyciela – spełni przewidziane umową ubezpieczeniową świadczenie, a osoba trzecia ponosi odpowiedzialność za wszelką szkodę, która powstanie w majątku dłużnika wskutek niezapobieżenia żądaniu świadczenia przez wierzyciela.

Odpowiedzialność osoby trzeciej jak już wspomniano ma tu charakter gwarancyjny i podmiot ten nie może zwolnić się z obowiązku naprawienia szkody, dowodząc dołożenia należytej staranności. Osoba trzecia ponosi więc odpowiedzialność w stosunku do dłużnika za niewykonanie swego zobowiązania w postaci braku rezultatu, prowadzącego do tego, że wierzyciel będzie żądał spełnienia świadczenia przez dłużnika. Przy czym odpowiedzialność osoby trzeciej (w niniejszej sprawie pozwanego) jest niezależna od tego, czy i jakie podjęła starania – odpowiada ona bowiem za sam skutek. Osoba trzecia musi więc pokryć dłużnikowi stratę. W szczególności odszkodowanie obejmuje zatem koszty świadczenia i wszelkie inne wydatki, które pozostają w normalnym związku przyczynowym z zachowaniem osoby trzeciej, polegającym na dopuszczeniu do żądania świadczenia od dłużnika.

W związku z zachowaniem pozwanego tj. niewłaściwym wykonaniem przez niego zobowiązania, A. T. zmuszony był ponosić koszty leczenia i transportu we własnym zakresie. Powód w szczególności był zmuszony uiścić kwotę 1 823 380 rupii indonezyjskich, stanowiącą równowartość 484 zł. Nadto jak wynika z ustalonego stanu faktycznego rodzina A. T. poniosła na jego żądanie i w jego interesie koszty transportu medycznego w wysokości 75 800 zł oraz 13 100 dolarów amerykańskich tytułem depozytu celem leczenia i zaliczonego niewątpliwie na poczet kosztów celem leczenia w (...). Nie ulega zatem wątpliwości, że A. T. poniósł szkodę w wyniku nie wywiązania się ubezpieczyciela z umowy. Brak jest także podstaw do przyjęcia - jak wskazuje na to ubezpieczyciel - że koszty w wysokości 75 800 zł oraz 13 100 dolarów amerykańskich jako ponoszone przez rodzinę nie zaś A. T. nie podlegają zwrotowi czy ubezpieczeniowej „refundacji”. Zgromadzony bowiem w sprawie materiał dowodowy jednoznacznie dokumentuje fakt udzielenia przez ubezpieczonego wszelkich faktycznych zaleceń i umocowań rodzinie do występowania i poniesienia tymczasowych wydatków na leczenie i transport w jego imieniu i na jego rzecz. Wynikało to nie tylko z zeznań przesłuchanych w sprawie świadków, lecz także z wiadomości elektronicznej wysłanej w dniu 19 sierpnia 2014 roku, gdzie wskazano, że A. T. będąc przekonany o pokryciu kosztów leczenia przez ubezpieczyciela wysłał wiadomość tekstową do rodziny z prośbą o podjęcie działań oraz udostępnił skrzynkę gdzie znajdowała się polisa ubezpieczeniowa (vide wiadomość elektroniczna, k. 80).

Ocenić zatem stanowczo należy, że A. T. złożył w tym zakresie stosowne oświadczenie co najmniej w sposób konkludentny.

Przypomnieć tu należy, że przedstawicielstwo jest instytucją cywilnoprawną służącą dokonywaniu czynności prawnych w imieniu innego podmiotu, gdy ten nie chce lub nie może działać sam. Przedstawicielstwo polega zatem na dokonaniu przez jedną osobę w imieniu innej czynności prawnej, przy czym czynność ta wywołuje skutki bezpośrednio dla reprezentowanego. Oznacza to, że podmiotem nabytych praw lub zaciągniętych zobowiązań staje się wprost osoba reprezentowana. Za nieuzasadnione należy uznać także podniesione przez pozwaną argumenty, iż powodowie nie dochowali należytej staranności przy wyborze środka transportu medycznego, a kwota byłaby mniejsza gdyby do transportu wybrano firmę lokalną. Podkreślenia bowiem wymaga, że to ubezpieczyciel na mocy zawartej umowy był zobowiązany do podejmowania działań w tym zakresie, czego w sposób nie do końca akceptowalny zaniechał. Powodowie natomiast – jak to wynika z ustalonego stanu faktycznego – mieli warunkową zgodę na transport do Polski, jednak okoliczności, a w szczególności stan zdrowia A. T. ustalony w wyniku szczegółowych badań dopiero w S.(w trakcie pobytu pacjenta w Szpitalu (...) badań tych nie wykonano) - nie pozwoliły na dalszy transport. Co więcej, powodowie działali w sytuacji skrajnie trudnej, nie posiadając dostępu do środków jakimi dysponują podmioty zajmujące się tym profesjonalnie w ramach prowadzonej działalności. Podkreślenia natomiast wymaga, że pozwany nie starał się wykazać nawet, że gdyby działał samodzielnie poniósłby mniejsze koszty i to w konkretnie mniejszym rozmiarze. (por. § 37 OWU). Dlatego też przypisywanie powodom lub innym osobom niestaranego działania w sytuacji pasywnej (od pewnej chwili) postawy ubezpieczyciela wydaje się tu być niezrozumiałe. W ocenie Sądu orzekającego w niniejszej sprawie nie można mieć także jakichkolwiek wątpliwości co do tego, że ubezpieczony, a także rodzina, która działała w jego imieniu i na jego rzecz wywiązała się z obowiązków nałożonych postanowieniami OWU, w tym w szczególności § 11 i § 41 OWU. Z tych względów Sąd uznał za zasadne zasądzenie w/w kwot, biorąc przy tym pod uwagę to, iż roszczenie i świadczenie określone w walucie obcej tj. 13 100 dolarów amerykańskich wymagało przeliczenia zgodnie z postanowieniami § 12 pkt. 5 OWU. Przy dokonywaniu przeliczenia Sąd uwzględnił średni kurs dolara amerykańskiego ustalonego w oparciu o archiwalne dane NBP. Kurs ten na dzień przed ustaleniem szkody tj. 16 marca 2015 r. wynosił 3,9260 zł, dlatego też co do wysokości w/w roszczenia Sąd zasądził kwotę w wysokości 51 430,6 zł.

Niemniej jednak obecnym stanie rzeczy powodowie nie mogli żądać zapłaty kwoty równowartości 76 004, 73 dolarów singapurskich. Podkreślenia wymaga, że kwota ta wynika z wystawionej faktury za koszt leczenia A. T., lecz powodowie bezspornie nie uiścili jeszcze tej należności. Sąd orzekający w niniejszej sprawie podziela stanowisko zawarte w wyroku SN z dnia 17 czerwca 1993 r., I CRN 8/93, w którym dano wyraz zapatrywaniu, iż żądanie wysunięte w stosunku do osoby trzeciej przez dłużnika, zanim ten nie spełnił swojego świadczenia na rzecz wierzyciela, uznaje się za przedwczesne. Dlatego też Sąd w zakresie jakim powodowie nie wykazali poniesionej rzeczywistej szkody (tj. nie

opłacili faktury) żądanie oddalił. (inaczej Sąd by musiał siłą rzeczy zasądzić stosowne należności nie na rzecz powodów a na rzecz szpitala, który nie jest ani stroną ani wskazanym „beneficjentem” żądanych w tym zakresie kwot).

Również Sąd oddalił żądanie powodów w zakresie w jakim koszty zostały pokryte przez zbiórkę pieniężną, a także wynikające z błędnego przewalutowania świadczenia co dotyczy słusznie podniesionego i niezakwestionowanego zarzutu dotyczącego przeliczenia 1 823 380 rupii.

Kończąc powyższe rozważania uzupełniająco należy wskazać dlaczego Sąd nie uwzględnił zarzutu pozwanej o braku legitymacji powodów. Podkreślenia wymaga, że powodowie na mocy aktu dziedziczenia stali się spadkobiercami A. T., wchodząc w ogół praw i obowiązków należących do spadkodawcy w chwili jego śmierci i przechodzących na jego następców prawnych (zob. J. Kremis (w:) Kodeks cywilny, t. II. Komentarz do art. 535–1088, red. E. Gniewek, Warszawa 2004, s. 758 i n. oraz J.St. Piątowski, H. Witczak, A. Kawalko (w:) System Prawa Prywatnego, t. 10. Prawo spadkowe, red. B. Kordasiewicz, Warszawa 2009, s. 49 i n.). Oznacza to, że w skład spadku wchodzi nie tylko prawa i obowiązki, lecz także uzasadnione prawnie nadzieje na nabycie prawa (ekspektatywy). Z powyższego wyłączone są jedynie w myśl art. 922 § 1 kc jedynie prawa i obowiązki zmarłego mające charakter niemajątkowy. Zadłużenie jakie powstało w wyniku ponoszenia kosztów leczenia ma majątkowy charakter i powstało za życia ubezpieczonego. Jak wskazano wyżej roszczenie o naprawienie szkody przez osobę trzecią na podstawie umowy o zwolnienie z obowiązku świadczenia powstaje, gdy dłużnik (ubezpieczony) – na żądanie wierzyciela – spełni świadczenie, dlatego też niezasadne są sprzeciwiające się powyższemu argumenty pozwanego. Z tych względów nie może budzić także wątpliwości, że powodowie posiadali legitymację do wytoczenia powództwa, jako, że szkoda związana z ponoszeniem kosztów miała charakter majątkowy i stanowiła pasywa odziedziczonej masy spadkowej. Można też wierzytelność z tytułu ubezpieczenia traktować jako wierzytelność spadkową. Powodowie jako spadkobiercy działając choćby na podstawie art. 405 i następnycy kc byli uprawnieni do wytoczenia powództwa pozwany, jako, że posiadali interes prawny w zmniejszeniu zadłużenia powstałego w wyniku niewłaściwego wykonania zobowiązania przez pozwanego (por. Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 4 grudnia 2008 r., I CSK 224/08). Dlatego też okoliczność, iż fizycznie powodowie kosztów tych nie ponieśli nie ma w sprawie żadnego znaczenia i może być ewentualnie podstawą regresu pomiędzy uprawnionymi powodami a osobami dokonującymi wpłat.

Końcowo warto jedynie zauważyć, iż ubezpieczenie z założenia przewiduje wypłatę odszkodowania na rzecz osób trzecich, co dotyczy choćby pokrycia kosztów pogrzebu poza granicami kraju czy transportu zwłok, które to świadczenie i roszczenie jako takie materializuje się po śmierci ubezpieczonego i siłą rzeczy refundacja poniesionych ewentualnie kosztów następuje jedynie na rzecz osób które koszty te poniosły.

Z tych względów, biorąc pod uwagę wszystkie wyłuszczone powyżej okoliczności Sąd zasądził od pozwanego (...) (Spółki Akcyjnej) Oddział w P. z siedzibą w G. na rzecz powodów E. T. i T. T. (1) łącznie (po korekcie rachunkowej) kwotę 127 714,60 zł tj. po 63 857,30 zł na rzecz każdego z nich (bowiem świadczenie jest podzielne) wraz odsetkami ustawowymi za opóźnienie od dnia 16 marca 2015 r. do dnia zapłaty.

Orzekając o odsetkach Sąd uznał, że pozwany był zobowiązany do spełnienia świadczenia w terminie wskazanym na podstawie art. 817 §1 k.c. w zw. z art. 481 §1 k.c. liczonym od chwili doręczenia zgłoszenia przez powodów stosownego żądania. Roszczenie zgłoszone przez powodów było sformułowane precyzyjne i stanowczo, natomiast pozwany posiadał wszelkie niezbędne informacje do rzeczowej oceny jego zasadności.

O kosztach procesu Sąd orzekł na podstawie art. 100 zd. 1 k.p.c., dokonując ich stosunkowego rozdzielania, stosownie do wyniku sprawy. Powodowie domagali się zasądzenia kwoty 587 752 zł. Ostatecznie utrzymali się z żądaniem 127 714,60 zł. Oznacza to, że powodowie wygrali niniejszy proces w 22 %. Z tego względu Sąd na w/w zasadzie w związku z § 2 pkt 7 Rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości w sprawie opłat za czynności adwokackie z dnia 22 października 2015 r. (Dz.U. z 2015 r. poz. 1800) zasądził na rzecz powodów proporcjonalnie do wygranej kwotę 2331 zł.

Nadto na zasadzie art. 113 ust. 1 ustawy o kosztach sądowych w sprawach cywilnych z dnia 28 lipca 2005 r. (Dz.U. z 2016 r. poz. 623). Sąd przy odpowiednim zastosowaniu zasad obowiązujących przy zwrocie kosztów procesu obciążył pozwanego kosztami opłaty sądowej od której powodowie byli zwolnieni w wysokości 6062 zł.