

Sygn. akt IX Ca 158/15

WYROK W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 7 maja 2015 r.

Sąd Okręgowy w Olsztynie IX Wydział Cywilny Odwoławczy

w składzie:

Przewodniczący:	SSO Bożena Charukiewicz (spr.)
Sędziowie:	SO Krystyna Skiepmo SO Jacek Barczewski.
Protokolant:	prac. sąd. Magdalena Kufel

po rozpoznaniu w dniu 7 maja 2015 r. w Olsztynie

na rozprawie

sprawy z powództwa A. O.

przeciwko „C. Towarzystwu (...)” z siedzibą w W.

o zapłatę

na skutek apelacji pozwanego od wyroku Sądu Rejonowego w Szczytnie VI Zamiejscowego Wydziału Cywilnego z siedzibą w Piszcu z dnia 18 listopada 2014 r., sygn. akt VI C 1411/13,

oddala apelację.

Sygn. akt IX Ca 158/15

UZASADNIENIE

Powód A. O. wniósł o zasądzenie od pozwanego C. Towarzystwa (...) S.A. V. (...) z siedzibą w W. kwoty 8.000 złotych wraz odsetkami umownymi od dnia 6 listopada 2013 roku do dnia zapłaty.

W uzasadnieniu podniósł, że jest pracownikiem Agencji Restrukturyzacji i Modernizacji Rolnictwa, która zawarła z pozwanym umowę zbiorowego ubezpieczenia na życie przewidującą wypłatę świadczeń z tytułu choroby. Na dochodzoną kwotę składają się kwota odszkodowania za pobyt w szpitalu 3.000 zł, za przebytą operację w wysokości 2.000 zł i rekompensata za utracony zarobek w wysokości 3.000 zł. Pozwany wypłacił jedynie świadczenie w wysokości 400 zł za operację. W pozostałej części odmówił wypłaty powołując się na wyłączenia wynikające z ogólnych warunków umowy i brak odpowiednich zapisów w umowie.

Pozwany C. Towarzystwo (...) S.A. V. (...) z siedzibą w W. wniósł o oddalenie powództwa i zasądzenie od powoda na rzecz pozwanego kosztów procesu według norm przepisanych.

W uzasadnieniu przyznał, że łączyła go z Agencją Restrukturyzacji i Modernizacji Rolnictwa umowa ubezpieczenia na życie, która przewidywała określone świadczenia na rzecz pracowników Agencji w razie zajścia pewnych zdarzeń wskazanych w umowie. W ogólnych warunkach umowy stanowiących integralną część umowy niektóre kategorie chorób zostały wyłączone. Dotyczy to między innymi choroby powoda w związku, z którą przebywał w szpitalu w lipcu 2013 r. Natomiast pobyt w szpitalu powoda w sierpniu 2013 r. związany był z rehabilitacją, która nie była objęta umową, podobnie jak utrata zarobku. Pozwany wypłacił powodowi kwotę 400 zł za operację.

Wyrokiem z dnia 18 listopada 2014 r. Sąd Rejonowy w Szczytnie VI Zamiejscowy Wydział Cywilny z siedzibą w Piszku zasądził od pozwanego C.Towarzystwa (...)z siedzibą w W.na rzecz powoda A. O.kwotę 1.680 zł z ustawowymi odsetkami od dnia 6 listopada 2013 r. do dnia zapłaty. Oddalił powództwo w pozostałym zakresie. Zasądził od pozwanego na rzecz powoda kwotę 84 zł tytułem opłaty od pozwu w zakresie uwzględnionego powództwa. Odstąpił od obciążania powoda na rzecz pozwanego kosztami procesu w zakresie przegranego powództwa.

Sąd Rejonowy ustalił, że w dniu 27 czerwca 2012 roku Agencja Restrukturyzacji i Modernizacji Rolnictwa z siedzibą w W. (...) Oddział (...) w Ł., którego pracownikiem jest A. O., zawarła z C. Towarzystwem (...) z siedzibą w W. umowę, na podstawie której pozwany przyjął do wykonania usługę dobrowolnego ubezpieczenia grupowego na życie pracowników (...) Oddziału (...), ich współmałżonków oraz pełnoletnich dzieci, zgodnie z warunkami oferty z dnia 19 czerwca 2012 roku oraz Specyfikacją, stanowiącą załącznik nr 2 do umowy.

Zgodnie ze szczegółowym opisem przedmiotu umowy, stanowiącym załącznik nr 1 do umowy, wysokość świadczenia za każdy dzień pobytu ubezpieczonego w szpitalu w następstwie choroby wynosiła 120 złotych przez pierwsze 14 dni oraz 110 złotych za każdy dzień powyżej 14 dnia pobytu. Natomiast wysokość świadczenia za operację chirurgiczną uzależniona była od kategorii operacji i wynosiła od 400 złotych do 2.000 złotych. Wysokość miesięcznej składki za jednego ubezpieczonego stanowiła kwotę 44,90 złotych. Odpowiedzialność pozwanego na powyższych warunkach obowiązywała od dnia 1 sierpnia 2012 roku do 31 lipca 2013 roku. Zawarta umowa (...), do której przystąpił A. O. potwierdzona została polisą nr (...).

Od 1 sierpnia 2013 roku do 31 lipca 2014 roku strony obowiązywała odnowiona polisa nr (...). Wysokość miesięcznej składki za jednego ubezpieczonego wyniosła 46,95 złotych.

W dniu 8 lipca 2013 roku powód podczas wykonywania czynności rąbania drewna doznał urazu kręgosłupa.

W dniu 14 lipca 2013 roku z powodu silnego bólu oraz w związku z zaburzeniem chodzenia powód został przewieziony do Szpitala (...) w P., gdzie przebywał do 18 lipca 2013 roku. W wywiadzie wskazano "od kilkunastu dni stopniowo postępują bóle kręgosłupa lędźwiowego z niedowładem wiotkim obu kończyn dolnych".

W dniu 18 lipca 2013 roku powód został przetransportowany na Oddział Neurologii Szpitala Wojewódzkiego w O.. Przeprowadzony rezonans magnetyczny wykazał wypadnięcie jądra miazdżystego na poziomie L2-L3 i zwężenie kanału kręgowego na wysokości od L2-L3 do L4-L5.

Od 22 do 30 lipca 2013 roku powód przebywał na Oddziale N.i N.Szpitala Wojewódzkiego w O.. W dniu 22 lipca 2013 roku przeszedł operację obustronnego odbarczenia L2/L3 oraz usunięcia wypadniętego dysku. Po opuszczeniu szpitala został skierowany na oddział rehabilitacji (...) Centrum (...)w W., gdzie przebywał w dniach od 12 do 30 sierpnia 2013 roku. Po zastosowanym leczeniu nastąpiła u powoda redukcja dolegliwości oraz poprawa sprawności.

W dniu 16 września 2013 roku powód skierował do pozwanego wnioski o wypłatę świadczenia z tytułu pobytu w szpitalu w następstwie choroby. Skierował także do ubezpieczyciela wnioski o wypłatę świadczenia z tytułu operacji chirurgicznej.

Decyzjami z dnia 30 września 2013 roku pozwany odmówił przyznania powodowi świadczenia. W uzasadnieniu wskazał, że zgodnie z par. 5 ust. 8 pkt 6 Ogólnych Warunków Dodatkowego Grupowego Ubezpieczenia na Wypadek Pobytu w Szpitalu w Następstwie Nieszczęśliwego wypadku lub choroby Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności,

jeżeli pobyt osoby ubezpieczonej w szpitalu miał miejsce w następstwie lub w związku z leczeniem dyskopatii lub zmian zwyrodnieniowych kręgosłupa, chorób zwyrodnieniowych stawów, reumatoidalnego zapalenia stawów, chorób stawu kolanowego. Wskazano, że z przedstawionej dokumentacji wynika, że w okresie od 14 do 18 lipca 2013r. powód przebywał w szpitalu z rozpoznaniem wielopiętrowej dyskopatii lędźwiowo - krzyżowej kręgosłupa, tym samym świadczenie nie kwalifikuje się do wypłaty.

Zgodnie z par. 5 ust. 4 pkt. 5 Ogólnych Warunków Dodatkowego Grupowego Ubezpieczenia na Wypadek Pobytu w Szpitalu w Następstwie Nieszczęśliwego wypadku lub choroby Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności jeżeli pobyt w szpitalu miał miejsce w związku z prowadzeniem jakiejkolwiek formy rehabilitacji lub leczenia usprawniającego. Z przedstawionej dokumentacji wynika, że w (...) Centrum (...)powód przebywał w dniach od 12 do 30 sierpnia 2013r. na Oddziale (...).

Następnie decyzją z dnia 9 października 2013 roku pozwany przyznał powodowi świadczenie z tytułu operacji chirurgicznej w wysokości 400 złotych.

Powód skierował do pozwanego odwołanie od decyzji z dnia 30 września 2013 roku, odmawiającej przyznania odszkodowania z tytułu pobytu w szpitalu. Pozwany podtrzymał swoje stanowisko.

W ocenie Sądu Rejonowego pozwany nie wykazał by powód przystępując do grupowego ubezpieczenia na życie został poinformowany o wynikających z Ogólnych Warunków Dodatkowego Grupowego Ubezpieczenia na Wypadek Pobytu w Szpitalu w Następstwie Nieszczęśliwego Wypadku lub Choroby wyłączeniach odpowiedzialności pozwanego. Zarówno szczegółowy opis przedmiotu umowy jak i załącznik do polisy (...)wskazują, że zakresem ochrony objęty jest pobyt w szpitalu w następstwie choroby. Na podstawie dokumentacji medycznej Sąd ustalił, że pobyt powoda w okresie od 14 do 17 lipca 2012 i od 18 do 30 lipca 2012 r. spowodowany był chorobą. Z umowy, polisy i certyfikatu nie wynikała definicja choroby, zatem Sąd przyjął słownikową jej definicję, która wskazuje, że chorobą jest każdy stan zakłócający normalne funkcjonowanie organizmu lub jego części. Taką chorobą jest wypadnięcie jądra miazdzystego na poziomie L2-L3 i zwężenia kanału kręgowego na wysokości od L2-L3 do L4-L5 stwierdzone u powoda. Wobec tego zdaniem Sądu należało przyjąć, że całe leczenie powoda w dniach 14-30 lipca 2012r. nastawione była na zdiagnozowanie urazu, a następnie na jego operacyjne usunięcie.

Ponadto wskazane wyłączenia uznał Sąd za niedozwolone postanowienia umowne wskazane wart. 385¹ § 1 k.c. Ostatecznie Sąd Rejonowy zasądził od pozwanego na rzecz powoda świadczenie za 14 dni pobytu powoda w szpitalu od 14 do 30 lipca 2012 r. Sąd orzekając omyłkowo uwzględnił wyłącznie okres 14 dniu pobytu w szpitalu, nie uwzględnił należnej dodatkowo kwoty powyżej 14 dni, to jest dodatkowo za 3 dni w wysokości 330 zł. Nie uwzględniono pobytu powoda w szpitalu w okresie od 12 do 30 sierpnia 2013 r., gdzie powód przechodził rehabilitację po przebytej chorobie. Oddalono również roszczenie za przeprowadzenie operacji. Pozwany wypłacił powodowi z tego tytułu kwotę 400 zł. Powód nie wykazał by przysługiwało mu wyższe świadczenie z tego tytułu. Umowa, na którą powołał się powód nie przewidywała odszkodowania z tytułu utraconego zarobku. W tym zakresie powództwo zostało również oddalone.

Powyższy wyrok w całości zaskarżył pozwany. Zarzucił w apelacji:

1. obrazę przepisów postępowania, tj. art. 233 k.p.c. przez uznanie, że pozwany nie wykazał aby powód przystępując do grupowego ubezpieczenia na życie został poinformowany o wynikających z Ogólnych Warunkach Dodatkowego Grupowego Ubezpieczenia na Wypadek Pobytu w Szpitalu w Następstwie Nieszczęśliwego Wypadku lub Choroby wyłączeniach odpowiedzialności, podczas gdy okoliczność ta nie była ani kwestionowana przez pozwanego ani w tym zakresie w ogóle nie było prowadzone postępowanie dowodowe, co jednocześnie stanowi o naruszeniu zasady kontrydiktoryjności postępowania,

2. obrazę przepisów postępowania, tj. art. 232 zd. 2 k.p.c. poprzez przeprowadzenie - bez wskazania stronom, że taki dowód został dopuszczony i jest przeprowadzany - z urzędu dowodu z treści Ogólnych Warunków Dodatkowego Grupowego Ubezpieczenia na Wypadek Pobytu w Szpitalu w Następstwie Nieszczęśliwego Wypadku lub Choroby na okoliczność abuzywnego charakteru przepisów § 5 ust. 8 pkt. 6, co nasunęło podejrzenia co do bezstronności Sądu

i wyřczyło stronę powodową w inicjatywie dowodowej i jednocześnie po raz kolejny stanowiło przejaw naruszenia zasady kontrydktoryjności postępowania,

3. obrazę przepisów prawa materialnego, tj. art. 385¹ § 1 k.c. w zw. art. 808 § 5 k.c. polegającą na błędnej ich wykładni poprzez zastosowanie art. 385¹ § 1 k.c. w sprawie, w której przepis ten ani nie był przywoływany przez którąkolwiek ze stron postępowania, ani nie zachodziła potrzeba czy konieczność jego stosowania, jak również poprzez niezastosowanie art. 808 § 5 k.c., a co powinno mieć miejsce, albowiem umowa ubezpieczenia, do której przystąpił powód wiąże się jak najbardziej z jego działalnością zawodową i stanowiła w ogóle warunek sine qua non przystąpienia do tej umowy ubezpieczenia, które to uchybienie miało wpływ na treść wyroku,

4. obrazę przepisów prawa materialnego, tj. art. 13 ust. 3b oraz 3c ustawy o działalności ubezpieczeniowej z dnia 22 maja 2003 r. (Dz. U. tj. 2003 poz. 950) poprzez niezastosowanie, podczas gdyż w niniejszej sprawie mają one zastosowanie albowiem to ubezpieczający - w przypadku ubezpieczeń grupowych - jest zobligowany do przekazania ubezpieczonemu informacji określonych w art. 13 ust. 2-3a ustawy o działalności ubezpieczeniowej,

5. obrazę przepisów prawa materialnego, tj. art. § 5 ust. 8 pkt. 6 Ogólnych Warunkach Dodatkowego Grupowego Ubezpieczenia na Wypadek Pobytu w Szpitalu w Następstwie Nieszczęśliwego Wypadku lub Choroby poprzez ich niezastosowanie, podczas gdy u powoda zaszły przesłanki wyłączające odpowiedzialność pozwanego z racji tego, iż pobyt powoda w szpitalu miał miejsce w związku z leczeniem dyskopatii lub zmian zwyrodnieniowych kręgosłupa.

Wskazując na powyższe zarzuty pozwany wniósł o zmianę zaskarżonego wyroku i oddalenie powództwa, ewentualnie domagał się uchylenia wyroku i przekazania sprawy Sądowi pierwszej instancji do ponownego rozpoznania oraz zasądzenia od powoda na rzecz pozwanego kosztów procesu za obie instancje według norm przepisanych.

W odpowiedzi na apelację powód wniósł o jej oddalenie, wskazując w uzasadnieniu na trafność orzeczenia Sądu Rejonowego.

Sąd Okręgowy zważył, co następuje:

Apelacja nie jest zasadna.

Sąd Okręgowy, co do zasady, podziela ustalenia faktyczne poczynione przez Sąd Rejonowy.

Nie są trafne zarzuty skarżącego naruszenia przez Sąd I instancji przepisów prawa materialnego i procesowego.

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.

Powód został objęty umową ubezpieczenia grupowego na życie jako pracownik (...) Oddziału (...) Agencji Restrukturyzacji i Modernizacji Rolnictwa. Jak wynika z § 12 umowy z 27 czerwca 2012r. pomiędzy pracodawcą a pozwanym, tylko załączniki o numerach 1, 2 i 3, tj. szczegółowy przedmiot umowy, specyfikacja i warunki oferty oraz lista podwykonawców stanowią integralną część umowy.

Analizując zatem szczegółowy opis przedmiotu umowy, określony w załączniku nr 1 do umowy, należy podkreślić, że wskazany tam zakres ochrony ubezpieczeniowej zawiera sformułowanie o wysokości świadczenia w razie w razie pobytu ubezpieczonego w szpitalu w następstwie choroby. Brak jest ograniczenia lub wyłączenia odpowiedzialności pozwanego w zależności od rodzaju choroby będącej powodem pobytu w szpitalu. Zgodnie zatem z umową pozwany został zobowiązany do wypłaty świadczenia w przypadku każdego pobytu ubezpieczonego w szpitalu w związku z chorobą. Wprawdzie z ogólnych warunków dodatkowego grupowego ubezpieczenia wynika ograniczenie odpowiedzialności pozwanego, gdy pobyt w szpitalu związany jest z leczeniem dyskopatii lub zmian zwyrodnieniowych kręgosłupa, to jednak pierwszeństwo w takiej sytuacji mają postanowienia umowy.

Z treści załącznika nr 1, tj. szczegółowego opisu przedmiotu umowy wynika, że wszelkie postanowienia specyfikacji i umowy w sprawie zamówienia publicznego korzystniejsze od postanowień przywołanych przez OWU, wyłączają zapisy OWU. W przypadku rozbieżności pomiędzy zapisami OWU a specyfikacją lub umową, pierwszeństwo mają zapisy korzystniejsze dla Ubezpieczonego (pkt II. 13 załącznika i pkt V.17). Zgodnie natomiast z zakresem ubezpieczenia ubezpieczonemu przysługiwało świadczenie pieniężne między innymi za pobyt ubezpieczonego w szpitalu w następstwie choroby za każdy dzień, przez pierwsze 14 dni, 120 zł, zaś za każdy kolejny dzień, powyżej 14 dni, 110 zł.

Podkreślić należy, że w razie sformułowania treści ogólnych warunków ubezpieczeń umownych w sposób nasuwający wątpliwości, czy też sprzeczny z umową, to skutki tego obciążają ubezpieczyciela.

Z tego względu nie można przyjąć, że niewątpliwie mniej korzystne dla powoda postanowienia ogólnych warunków umowy wyłączające odpowiedzialność pozwanego w przypadku niektórych chorób ubezpieczonego, w szczególności § 5 ust 8 pkt 6 owu, były wiążące dla powoda niezależnie od tego czy powód został poinformowany o postanowieniach ogólnych warunków umowy czy nie. Te postanowienia były sprzeczne z postanowieniami umowy zawartej z pracodawcą, która nie ograniczała odpowiedzialności pozwanego z uwagi na rodzaj choroby z powodu której ubezpieczony był leczony w szpitalu. A w związku z tym jako korzystniejsze dla powoda to one mają zastosowanie w niniejszej sprawie, a nie mniej korzystne i sprzeczne z postanowieniami umowy ogólne warunki ubezpieczenia.

Na marginesie można jedynie zauważyć, że dołączona do apelacji deklaracja zgody dotyczy początku odpowiedzialności pozwanego od 1 sierpnia 2013r. Nie obejmuje sytuacji, gdy powód przebywał w szpitalu w lipcu 2013r.

Nie może także bez znaczenia pozostawać fakt, że nowe ogólne warunki dodatkowych ubezpieczeń grupowych, które mają zastosowanie do umów z początkiem odpowiedzialności pozwanego w dniu 1 lutego 2013r., już takiego wyłączenia odpowiedzialności nie zawierają.

Przy przyjęciu takiego stanowiska jak wyżej słusznie Sąd Rejonowy zasądził od pozwanego na rzecz powoda świadczenie za pobyt powoda w szpitalu w związku z chorobą w lipcu 2012r. (14-30.07.2012r., Sąd jednak przyjął okres 14 dni). W tej sytuacji wyrok Sądu pierwszej instancji odpowiada prawu, zaś zarzuty apelacji nie mogą być skuteczne.

Mając zatem na uwadze wskazane wyżej okoliczności Sąd Okręgowy na podstawie art. 385 k.p.c. orzekł, jak w wyroku.